South East
LOCAL HEALTH INTEGRATION NETWORK
RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ
du Sud-Est

48 Dundas Street West , Unit 2
Belleville, ON
K8P 1A3
Tel: 613-967-0196
Fax: 613-967-1341

48 rue Dundas Ouest, unité 2
Belleville, ON
K8P 1A3
Tél : 613-967-0196
Téléc : 613-967-1341

Plan d'intégration des services de santé du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

Octobre 2006

Ontario

Table des matières

Section **Page**

REMERCIEMENTS ..... **I**

SOMMAIRE ..... **III**

CONTEXTE ET OBJECTIFS ..... **III**

VISION DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE SANTÉ ..... **IV**

CONSTATATIONS-CLÉS DE L'ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE ..... **V**

Santé de la population V
Utilisation des services de santé VI

PRIORITÉS EN MATIÈRE DE CHANGEMENT ..... **VIII**

Accès aux soins VIII
Accès aux soins de santé primaires ..... *viii*
Accès aux soins spécialisés ..... *ix*
Accès aux services de santé mentale ..... *ix*
Accès aux services de toxicomanie ..... *x*
Accès aux services de réadaptation ..... *x*
Transport pour obtenir des soins ..... *xi*
Disponibilité des soins de longue durée XII
Intégration des services le long du continuum de soins XII
Participation des collectivités autochtones XIII
Prestation de services de santé en français XIII
Intégration de la cybersanté XIII
Plan régional de ressources humaines en santé XIV

PRIORITÉS DU RLISS ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU MSSLD ..... **XIV**

PLAN D'ACTION ..... **XV**

Accès aux soins XV
Accès aux soins de santé primaires ..... *xv*
Accès aux spécialistes ..... *xvi*
Réduction des temps d'attente ..... *xvi*
Accès aux services de santé mentale et de toxicomanie ..... *xvii*
Accès aux services de réadaptation ..... *xvii*
Services de transport pour obtenir des soins ..... *xvii*
Disponibilité des soins de longue durée XVIII
Intégration des services le long du continuum de soins XVIII
Intégration de la cybersanté XIX
Plan régional de ressources humaines en santé XIX
Participation des collectivités autochtones XIX
Prestation de services de santé en français XIX

1.0 CONTEXTE PROVINCIAL 1

1.1 Contexte et objectifs 1
1.2 Vision et orientations stratégiques provinciales 2

2.0 VISION DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE SANTÉ DANS LE RLISS DU SUD-EST 5

3.0 ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE 6

3.1 La région desservie par le RLISS du Sud-Est 6
3.2 Caractéristiques de la population 8
3.2.1 Âge de la population 8
3.2.2 Caractéristiques sociales et démographiques 9
3.3 Santé de la population 10
3.3.1 État de santé 10
3.3.2 Pratiques de santé 12
3.3.3 Cancer 13
3.3.4 Maladies chroniques 14
3.3.5 Population des Premières nations 16
3.3.6 Population francophone 18
3.4 Utilisation des services de santé 20
3.4.1 Utilisation des soins de santé primaires 20
3.4.2 Utilisation des salles d'urgence des hôpitaux 26
3.4.3 Utilisation des hôpitaux de soins actifs 30
3.4.4 Traitement du cancer 40
3.4.5 Jours d'autres niveaux de soins (ANS) 41
3.4.6 Utilisation des services de réadaptation aux patients hospitalisés 43
3.4.7 Utilisation des soins continus complexes 44
3.4.8 Utilisation des établissements de soins de longue durée 46
3.4.9 Soins à domicile 50
3.4.10 Services communautaires 50
3.5 Ressources humaines en santé 55
3.6 Éducation et recherche en santé 58
3.6.1 Soutien aux centres de sciences de la santé universitaires 58
3.6.2 Université Queen's 58
3.6.3 Autres établissements d'enseignement 59
3.6.4 Recherche clinique 60
3.7 État de préparation à la cybersanté 60

4.0 PRIORITÉS DU RLISS EN MATIÈRE DE CHANGEMENT. 63

4.1 Accès aux soins 64
4.1.1 Accès aux soins de santé primaires 64
4.1.2 Accès à des spécialistes 67
4.1.3 Accès aux services de santé mentale 68
4.1.4 Accès aux services de toxicomanie 69
4.1.5 Accès aux services de réadaptation 69
4.1.6 Transport pour obtenir des soins 70
4.2 Disponibilité des soins de longue durée 71
4.3 Intégration des services le long du continuum de soins. 71
4.4 Participation des communautés autochtones 72
4.5 Prestation de services de santé en français 72
4.6 Intégration de la cybersanté 73
4.7 Plan régional de ressources humaines en santé 74

5.0 PRIORITÉS DU RLISS ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU MSSLD 75

6.0 ACTIVITÉS EN COURS 77

6.1 Projet d'intégration du Sud-Est de l'Ontario 77
6.2 Stratégie de réduction des temps d'attente 78
6.3 Programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux 79
6.4 Stratégie des soins aux malades en phase critique 80

7.0 PLAN D'ACTION 82

7.1 Accès aux soins 82
7.1.1 Accès aux soins de santé primaires 82
7.1.2 Accès aux spécialistes 83
7.1.3 Réduction des temps d'attente 84
7.1.4 Accès aux services de santé mentale et de toxicomanie 85
7.1.5 Accès aux services de réadaptation 85
7.1.6 Services de transport pour obtenir des soins 86
7.2 Disponibilité des soins de longue durée 86
7.3 Intégration des services le long du continuum de soins 87
7.4 Intégration de la cybersanté 87
7.5 Plan régional de ressources humaines en santé 88
7.6 Participation des collectivités autochtones 88
7.7 Prestation de services de santé en français 88

ANNEXES 1

A. Résultats des séances de participation communautaires et de consultation auprès des intervenants 1
B. Résultats de l'analyse quantitative de la santé de la population et de l'utilisation des services de santé 1

South East
LOCAL HEALTH INTEGRATION NETWORK
RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ
du Sud-Est

48 Dundas Street West , Unit 2
Belleville, ON
K8P 1A3
Tel: 613-967-0196
Fax: 613-967-1341

48 rue Dundas Ouest, unité 2
Belleville, ON
K8P 1A3
Tél : 613-967-0196
Téléc : 613-967-1341

Plan d'intégration des services de santé du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

---

SOMMAIRE

Octobre 2006

Ontario

Remerciements

Le RLISS du Sud-Est apprécie énormément l'aide qu'il a reçue d'un grand nombre de personnes, d'organismes et d'entreprises pour élaborer et produire son premier plan d'intégration des services de santé. Les connaissances, l'expertise, les conseils et les commentaires de ces collaborateurs ont été d'une valeur inestimable. Tous ces efforts ont donné lieu à un plan complet, fondé sur des faits démontrés et à caractère communautaire qui guidera le RLISS et les fournisseurs de services de santé au cours de la mise sur pied, dans le Sud-Est de l'Ontario, d'un système de santé qui répond aux besoins de la population et qui continuera d'améliorer l'excellent service offert aujourd'hui. Nos collaborateurs sont trop nombreux pour que puissions les mentionner tous, mais nous aimerions souligner la participation des personnes et des groupes suivants :

- HayGroup, qui a réussi à élaborer, dans les délais fixés, un plan complet et solide d'intégration des services de santé s'appuyant sur l'analyse poussée de données et d'informations quantitatives et qualitatives. Nous tenons tout particulièrement à remercier Mark Hundert, Chris Helyar et Irene Petersen Gray.
- Les membres du groupe de travail du projet, qui ont apporté leur expertise à l'élaboration du contenu du plan et consacré une journée par semaine, pendant sept semaines, à ce travail. Les membres de ce groupe sont :
  - Lori Cooper – Services de soutien communautaire
  - Allan Katz – Hôpitaux
  - Peter McKenna – Centres de santé communautaire
  - Peter Munt – Professeur d'université (recherche et éducation sur les soins de santé)
  - Linda Pierce – Établissements de soins de longue durée
  - Jeannine Proulx – Communauté francophone
  - Allen Prowse – Services de santé mentale
  - Jackie Redmond – Centres d'accès aux soins communautaires
  - Cate Sutherland – Services de toxicomanie
- Les organismes communautaires de services de soutien, les centres de santé communautaire, les services de santé mentale, les services de toxicomanie, les établissements de soins de longue durée, les centres d'accès aux soins

communautaires, les hôpitaux, l'Academic Health Science Centre et l'ACFO Mille-Îles au coeur de la communauté dans la région du Sud-Est, qui nous ont tous fait part de leurs conseils et de leurs commentaires et qui ont permis à des personnes de leurs secteurs respectifs de faire partie du groupe de travail du projet.

- Les gestionnaires municipaux de toutes les municipalités de palier supérieur de la région du Sud-Est de l'Ontario, qui nous ont aidés à établir des liens avec nos élus municipaux et à trouver des endroits où tenir les séances de consultation publique.
- Nam Bains, du Projet d'analyse des données sur le système de santé, qui a observé et guidé sans réserve notre travail de collecte et d'utilisation de données sur le système de santé.
- Les entreprises AVANT Communications et Day Advertising, qui nous ont aidés dans notre travail de communications et de publicité.

Enfin, nous aimerions remercier sincèrement les résidents de la région du RLISS du Sud-Est, ainsi que les médecins, le personnel infirmier, les autres professionnels de la santé, les travailleurs de soutien, les syndicats et d'innombrables autres personnes qui nous ont fait bénéficier de leurs commentaires et de leur participation. Nous sommes très enthousiastes à l'idée de continuer à travailler ensemble au cours des trois prochaines années pour apporter des solutions aux questions qu'il nous faut résoudre en priorité dans le Sud-Est de la province.

Sommaire

Contexte et objectifs

Le gouvernement de l'Ontario a mis sur pied le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est et l'a investi du mandat de transformer le système de santé local.

L'amélioration des services de santé représente l'une des priorités-clés du gouvernement de l'Ontario. Celui-ci a mis sur pied le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Sud-Est et l'a investi du mandat de transformer le système de santé local en faisant appel à la participation de la collectivité et en augmentant à l'échelon local les capacités de planifier, coordonner, intégrer et financer la prestation de la plupart des services de santé financés par l'État.

La région desservie par le RLISS du Sud-Est couvre les comtés de Hastings, Prince Edward, Lennox et Addington, Frontenac, Leeds et Grenville, les villes de Kingston, Belleville et Brockville, les municipalités séparées de Smiths Falls et de Prescott, et certaines parties des comtés de Lanark et de Northumberland. 480 127 personnes, soit 3,8 % de la population ontarienne (2004)[1], vivent dans ce territoire. La population est répartie parmi 45 municipalités du Sud-Est de l'Ontario.

Le plan d'intégration des services de santé a été élaboré avec la participation des collectivités, des fournisseurs de services et des organismes de services de santé de la région.

L'élaboration et le raffinement continuel du plan d'intégration des services de santé constitueront l'une des principales activités du RLISS du Sud-Est. Le présent document est la première version du plan du RLISS du Sud-Est. Ce plan triennal donne un aperçu initial de l'orientation du changement et renferme la vision du RLISS, les priorités qu'il a établies et les stratégies qu'il prévoit adopter pour améliorer la prestation des services de santé et mieux intégrer, à l'horizontale et à la verticale, les services offerts à l'intérieur de ses limites géographiques.

Le plan d'intégration des services de santé du RLISS du Sud-Est a été élaboré avec la participation des collectivités, des fournisseurs de services et des organismes de services de santé de la région. Il a été dressé à partir d'analyses de données portant sur la santé de la population et sur la planification des services de santé. On prévoit que le plan sera raffiné à la suite de consultations plus poussées menées auprès des collectivités et des fournisseurs de services de la région.

[1] Projections démographiques provenant de l'entrepôt des données sur la santé de l'Ontario et fournies par le centre de soutien à la gestion de l'information des RLISS du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Vision de la santé et des soins de santé

Nous proposons de travailler en collaboration avec nos partenaires pour créer une vision de la santé et des soins de santé propre au RLISS du Sud-Est.

Notre vision de la santé et des soins de santé guidera notre travail dans l'avenir immédiat. Nous proposons de travailler en collaboration avec nos partenaires pour créer une vision de la santé et des soins de santé propre au RLISS du Sud-Est. Cette vision englobera les concepts suivants :

- Accessibilité
- Soins axés sur les patients
- Intégration
- Grande qualité
- Viabilité

La vision et le premier plan d'intégration des services de santé du RLISS du Sud-Est seront solidement ancrés dans la vision et les orientations stratégiques que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a formulées pour le système de santé de l'Ontario.

La vision et le premier plan d'intégration des services de santé du RLISS du Sud-Est seront solidement ancrés dans la vision et les orientations stratégiques que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a formulées pour le système de santé de l'Ontario. Cette vision s'énonce comme suit :

« Un système de santé qui aide les gens à rester en santé, qui dispense de bons soins lorsque les gens en ont besoin et qui sera là pour nos enfants et nos petits-enfants. »

Le RLISS du Sud-Est adhère également à l'ébauche des orientations stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD)[2] exprimées par le ministre comme suit :

1. Renouveler la participation et les partenariats communautaires à l'intérieur et autour du système de santé;
2. Améliorer l'état de santé de la population ontarienne;
3. Veiller à ce que les Ontariennes et les Ontariens aient un accès équitable aux services de santé dont ils ont besoin, où qu'ils vivent et quel que soit leur statut culturel et socio-économique;
4. Améliorer les résultats en matière de qualité de la santé;
5. Établir un cadre permettant d'assurer la viabilité du système de santé et de produire les meilleurs résultats possible pour les consommateurs et la collectivité.

[2] Il s'agit de l'ébauche des orientations stratégiques du MSSLD. Le document final des orientations stratégiques sera normalement publié au printemps 2007.

Constatations-clés de l'analyse de la situation actuelle

Les constatations qui se sont dégagées de l'analyse de la situation actuelle nous ont informés et guidés dans l'établissement de nos priorités en matière de changement.

Les constatations-clés qui se sont dégagées de l'analyse de la situation actuelle, présentées plus bas, nous ont informés et guidés dans l'établissement de nos priorités en matière de changement. Le texte intégral de l'analyse de la situation actuelle, y compris les constatations découlant des processus de participation communautaire et de consultation auprès des intervenants ainsi que de l'analyse quantitative de la santé de la population et de l'utilisation des services de santé, est annexé à ce plan d'intégration des services de santé.

Santé de la population

Étant donné sa faible densité de population (seulement 24,2 personnes par kilomètre carré), le RLISS du Sud-Est est le seul RLISS de la province à être considéré comme un réseau rural, selon la définition donnée par le Comité mixte des politiques et de la planification de l'Ontario.

Le RLISS du Sud-Est compte une population plus âgée que les autres RLISS.

Le RLISS du Sud-Est compte une population plus âgée que les autres RLISS. La population âgée de 25 à 49 ans affiche un taux plus faible que la moyenne provinciale. Comparé à tous les RLISS de la province, celui du Sud-Est compte le taux le plus élevé de personnes âgées de 65 ans et plus[3].

La population du RLISS du Sud-Est est lourdement affectée par des troubles de santé.

La population desservie par le RLISS du Sud-Est est lourdement affectée par des troubles de santé. La prévalence de maladies chroniques telles que l'arthrite, le rhumatisme, l'hypertension artérielle, l'asthme, le diabète, les maladies cardiaques et la bronchite chronique est sensiblement plus forte que la moyenne provinciale. Le RLISS du Sud-Est compte le taux le plus élevé d'arthrite et de rhumatisme de tous les RLISS de l'Ontario.

[3] Bien que le taux actuel de la population âgée de 65 ans et plus soit élevé dans le Sud-Est de la province, le taux de croissance projeté pour ce groupe d'âge de 2006 à 2016 (31,2 %) est inférieur à celui de la province (34,6 %).

L'espérance de vie à la naissance de la population du RLISS Sud-Est se situe dans le quartile le plus bas de la province.

Le taux de mortalité normalisé selon l'âge de la population du RLISS du Sud-Est[4], comparé à celui des autres RLISS, se situe dans le quartile le plus élevé pour ce qui est des maladies de l'appareil circulatoire, des tumeurs, des maladies de l'appareil respiratoire, des causes externes de mortalité (p. ex. accidents), des troubles endocriniens, des maladies d'origine nutritionnelle et des maladies métaboliques.

De plus, l'espérance de vie à la naissance de la population du RLISS du Sud-Est se trouve dans le quartile le plus bas de la province.

Les études portant sur la santé des Premières nations font constamment ressortir que ces populations ont une espérance de vie plus courte et une moins bonne santé que l'ensemble de la population canadienne.

Utilisation des services de santé

Les résidents de la région desservie par le RLISS du Sud-Est ont affirmé à maintes reprises qu'ils avaient de la difficulté à obtenir les services de médecins de première ligne et de spécialistes.

L'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) conclut que, si l'on tient compte de tous les ajustements, l'effectif de médecins dans la région de l'Est s'apparente à la moyenne provinciale[5]. Les résidents ont toutefois affirmé à maintes reprises qu'ils avaient de la difficulté à obtenir les services de médecins de première ligne et de spécialistes partout dans la région du RLISS.

Dans le RLISS du Sud-Est, le taux d'hospitalisation de patients atteints de troubles pouvant être traités par des soins ambulatoires se classe au quatrième rang parmi les 12 RLISS du Sud de l'Ontario.

La région du RLISS du Sud-Est présente le taux le plus élevé de visites dans les salles d'urgence de tous les RLISS du Sud de l'Ontario.

Cette région présente également le taux le plus élevé de visites dans les salles d'urgence de tous les RLISS du Sud de l'Ontario. Cette situation est attribuable surtout aux soins non urgents et semi-urgents. Le taux de visites aux salles d'urgence pour des soins semi-urgents dans le RLISS du Sud-Est est le plus élevé de l'Ontario, supérieur de 60 % à la moyenne provinciale et presque le triple des taux de quatre RLISS de la région du Grand Toronto.

---

[4] Taux rajusté représentant ce que le taux brut aurait été dans la population visée par l'étude (c'est-à-dire la population du RLISS du Sud-Est) si cette population présentait la même répartition selon l'âge et le sexe que la population standard. La population standard utilisée aux fins de ce rapport est la population de l'Ontario en 2004. On peut comparer les taux normalisés selon l'âge et le sexe des divers RLISS.

[5] Rapport d'enquête de l'ICES intitulé « Supply and Utilization of General Practitioner and Family Physician Services in Ontario », août 2005.

Le taux d'utilisation des soins hospitaliers de la région du RLISS du Sud-Est, normalisé en fonction de l'âge et du sexe, arrive au cinquième rang de la province et au premier rang de tous les RLISS où la plupart des soins actifs sont fournis par des centres de sciences de la santé universitaires[6].

Dans le RLISS du Sud-Est, le taux d'utilisation des soins actifs tertiaires et quaternaires dispensés aux patients hospitalisés arrive au deuxième rang dans la province.

Bien que le taux d'utilisation des soins actifs primaires et secondaires donnés aux patients hospitalisés dans le RLISS du Sud-Est soit à peu près égal à la moyenne provinciale, le taux d'utilisation de soins actifs tertiaires et quaternaires dispensés aux patients hospitalisés arrive au deuxième rang dans la province.

La population du RLISS du Sud-Est obtient près de 70 % de ses soins en milieu hospitalier à l'Hôpital général de Kingston, l'Hôpital général Quinte Healthcare-Belleville et l'Hôpital général de Brockville.

Dans le RLISS du Sud-Est, le taux d'utilisation des services de réadaptation par les patients hospitalisés est de 40 % inférieur à la moyenne provinciale.

Le taux de jours d'autres niveaux de soins du RLISS du Sud-Est se situe au premier rang des RLISS autres que ceux du Nord de l'Ontario.

Quant au taux normalisé selon l'âge et le sexe de jours d'autres niveaux de soins par 10 000 habitants, celui du RLISS du Sud-Est se situe au troisième rang de tous les RLISS et au premier rang des RLISS autres que ceux du Nord de l'Ontario. Près de 60 % des jours-patient d'attente dans les hôpitaux pour d'autres niveaux de soins consistent à attendre des soins de longue durée en établissement.

Le nombre de personnes en attente d'un lit dans un établissement de soins de longue durée par rapport au nombre total de lits de soins de longue durée disponibles dans le RLISS du Sud-Est représente le troisième ratio plus élevé de tous les RLISS de l'Ontario.

Le nombre moyen de membres de la collectivité qui attendaient d'être admis dans un établissement de soins de longue durée en septembre 2005 représentait 29,5 % du nombre total de lits de soins de longue durée disponibles dans le RLISS du Sud-Est. Le nombre de personnes en attente d'un lit par rapport au nombre de lits disponibles représente le troisième ratio le plus élevé de tous les RLISS de l'Ontario.

Toutefois, le nombre de lits dans les établissements de soins de longue durée par tranche de population âgée de 75 ans et plus s'élève à 102,5 dans le Sud-Est de la province, un taux plus élevé que la moyenne provinciale de 99,7.

---

[6] Le Centre des sciences de la santé du Sud-Est de l'Ontario se trouve dans la région RLISS du Sud-Est.

Priorités en matière de changement

Dans l'ensemble, le système de santé dans le RLISS du Sud-Est fonctionne bien.

Après avoir analysé l'état de santé de la population, l'utilisation des services de santé, les capacités des fournisseurs de services de santé du RLISS et, autres points importants, la participation communautaire et les résultats des consultations menées auprès des intervenants dans le but d'élaborer ce plan d'intégration des services de santé du RLISS du Sud-Est, nous sommes convaincus que, dans l'ensemble, le système de santé fonctionne bien. Nous avons toutefois relevé plusieurs changements prioritaires qui permettront au système de répondre plus rapidement et de façon plus complète aux besoins de la population. Nous allons discuter de ces changements en bref dans les paragraphes qui suivent. Il convient de noter que tous les points dont nous allons parler représentent des priorités pour le RLISS. Ils ne sont toutefois fois pas présentés par ordre d'importance.

Accès aux soins

Partout dans la région desservie par le RLISS du Sud-Est, les résidents affirment éprouver des difficultés à obtenir les services de santé dont ils ont besoin.

L'accès aux soins pose un problème majeur dans le RLISS du Sud-Est. Chaque communauté, chaque population ayant des besoins spéciaux et chaque région géographique a ses propres problèmes, mais partout dans la région du RLISS, les résidents affirment éprouver des difficultés à obtenir les services de santé dont ils ont besoin.

Accès aux soins de santé primaires

Le nombre relativement élevé de personnes atteintes de maladies chroniques vivant dans les limites du RLISS du Sud-Est ainsi que le taux relativement élevé d'hospitalisations pour des troubles pouvant être traités par des soins ambulatoires font ressortir la nécessité d'améliorer les services de santé primaires, et surtout l'éducation sur la santé et la gestion des soins.

Dans toute la région du RLISS du Sud-Est, sauf le comté de Prince Edward, la difficulté à obtenir les services de médecins de famille constitue un problème prioritaire.

Toutefois, le grand public et les fournisseurs de services de santé dans toute la région du RLISS du Sud-Est, sauf le comté de Prince Edward, ont reconnu en très grand nombre que la difficulté à obtenir les services de médecins de première ligne constitue un problème prioritaire. Ils attribuent cette difficulté au nombre insuffisant de médecins de famille. Un point important : l'effectif de médecins semble varier considérablement d'une partie à l'autre du RLISS, si bien que dans certains endroits, les services de médecins de famille sont plus accessibles qu'à d'autres endroits.

Il y a un besoin de services d'éducation sur la santé et de gestion des soins.

La pénurie apparente de médecins et le manque d'accès aux médecins de première ligne réduisent vraisemblablement l'efficacité de la prestation des soins de santé dans le RLISS du Sud-Est. Pour résoudre ce problème, on devrait considérer la possibilité d'adopter des modèles de soins de santé primaires intégrés et multidisciplinaires qui se sont avérés efficaces, surtout pour la prestation de services d'éducation sur la santé et de gestion des soins s'adressant aux personnes atteintes de maladies chroniques.

Accès aux soins spécialisés

D'importants obstacles géographiques limitent l'accès aux spécialistes et aux services de soutien.

Dans toutes les collectivités, urbaines et rurales, l'accès aux soins de médecins spécialistes a été identifié comme un problème. Les obstacles géographiques ont souvent été mentionnés, que la collectivité se trouve à proximité ou à distance des centres urbains où les spécialistes travaillent. Sauf quelques rares exceptions, les patients doivent se rendre à Kingston, Belleville, Trenton ou Ottawa pour obtenir les soins de spécialistes. La nécessité de voyager représente un obstacle important à l'obtention des soins de spécialistes, surtout si les patients doivent se rendre à de multiples rendez-vous.

Lorsque les patients réussissent à obtenir les services de spécialistes, l'accès au traitement en milieu hospitalier est aussi bon qu'ailleurs dans la province.

Outre les facteurs géographiques, le manque de spécialistes a également été reconnu comme un obstacle. Les spécialités dans lesquelles on a le plus souvent indiqué une pénurie d'effectif sont l'orthopédie, la psychiatrie, l'obstétrique et la gynécologie, la dermatologie, la rhumatologie, la pédiatrie et la chirurgie plastique.

Les données concernant les taux d'hospitalisation pour des soins secondaires et tertiaires indiquent toutefois que, lorsque les patients réussissent à obtenir les services de spécialistes, l'accès au traitement en milieu hospitalier et en clinique externe est aussi bon qu'ailleurs dans la province.

Accès aux services de santé mentale

Il est difficile d'obtenir la gamme complète de services de santé mentale.

Dans toutes les collectivités du RLISS du Sud-Est, on a indiqué qu'il est difficile d'obtenir la gamme complète de services de santé mentale, depuis les soins en cas de crise jusqu'au soutien communautaire à plus long terme.

Dans de nombreuses collectivités, les soins en cas de crise ont été reconnus comme particulièrement difficiles à obtenir. Lorsque les salles d'urgence des collectivités à l'extérieur des centres urbains de Kingston et de Belleville ont besoin de soins psychiatriques d'urgence, elles doivent compter en cas de crise sur le téléphone pour obtenir l'aide de psychiatres et d'équipes d'intervention travaillant dans ces villes. Bien que

ce soutien soit disponible, ces collectivités ont ajouté qu'il est également difficile d'avoir accès à des soins psychiatriques pour les patients hospitalisés lorsque ces soins sont requis.

Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale chroniques ou de longue durée ont également mentionné des problèmes d'accès aux services, et plus particulièrement aux soins ambulatoires et aux services de soutien communautaire. La situation est particulièrement problématique lorsqu'il s'agit de l'accès à des services psychogériatriques, des services de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, des services pour les personnes ayant des troubles concomitants, des services aux sans-abri atteints de problèmes de santé mentale et des services de psychiatrie légale.

Accès aux services de toxicomanie

Partout dans la région, l'accès aux services de toxicomanie pose un problème majeur.

Partout dans la région, l'accès aux services de toxicomanie pose un problème majeur. Très souvent, les patients doivent aller à l'extérieur de leur collectivité pour obtenir un traitement. En dehors des centres urbains, aucun programme local de gestion du sevrage ou de désintoxication n'est offert. On a mentionné que les patients qui recherchent des services à l'extérieur de leur collectivité ont de la difficulté à obtenir un transport ou que le transport est excessivement dispendieux. De plus, la gestion des médicaments pose des difficultés à ces patients parce que, très souvent, ils n'ont pas accès à un médecin de famille pour les services de suivi et la gestion du traitement. Il a été noté que les programmes de logement avec services de soutien permettant à ces patients de rester dans leur collectivité sont insuffisants d'un bout à l'autre de la région du Sud-Est.

Accès aux services de réadaptation

Il semble y avoir un manque de services de réadaptation pour les patients hospitalisés dans le RLISS du Sud-Est, par comparaison avec d'autres régions de l'Ontario. Le taux d'utilisation des services de réadaptation par les patients hospitalisés dans le RLISS du Sud-Est est de beaucoup inférieur à la moyenne provinciale et l'accès à ces services pose un problème.

La disponibilité des services de réadaptation communautaires et l'accès à ces services affichent d'importants déficits.

Cette situation ne pose toutefois pas de problème majeur dans les endroits où l'accès aux services de réadaptation communautaires est adéquat. La disponibilité des services de réadaptation communautaires et l'accès à ces services affichent toutefois d'importants déficits. Les fournisseurs de services de santé indiquent que la demande de services de réadaptation à domicile couverts par des régimes privés ou le

régime d'État dépasse de beaucoup l'offre, et que les patients doivent attendre pour recevoir des soins. Les hôpitaux, en raison de leurs contraintes budgétaires, ne sont pas en mesure d'offrir des services de réadaptation en clinique externe. Ils ont également de la difficulté à attirer des thérapeutes, ce qui est encore plus vrai dans les plus petits hôpitaux des régions rurales.

Même si les patients sont capables d'assumer le coût des services couverts par des régimes privés, il semble que les services privés soient difficiles à obtenir à temps en raison de la pénurie de thérapeutes. C'est particulièrement le cas des services de réadaptation offerts à domicile.

Transport pour obtenir des soins

La région dans son ensemble est bien desservie en fait de services de transport d'urgence.

Au cours des consultations menées auprès des intervenants, tout le monde s'est entendu pour dire que la région dans son ensemble est bien desservie en fait de services de transport d'urgence (en ambulance). Les participants n'ont toutefois pas tardé à souligner que, bien qu'il soit relativement simple d'emmener les patients aux services d'urgence, le transport du retour, lorsqu'il n'y a plus d'urgence, peut présenter un défi de taille.

Le transport requis pour obtenir des soins médicaux non urgents constitue un problème dans toutes les collectivités du RLISS du Sud-Est.

De la même façon, le transport requis pour obtenir des soins médicaux non urgents constitue un problème dans toutes les collectivités. Les personnes qui n'ont pas leur propre transport doivent compter sur d'autres moyens qui, dans la plupart des collectivités, n'existent pas ou sont trop coûteux. Seuls les grands centres urbains ont des systèmes de transport en commun. Bien que la plupart des collectivités soient dotées de services privés de transport à des rendez-vous médicaux et des services de taxi, et que certains de ces modes de transport soient offerts par des services de soutien communautaire, il semble que tous ces services ne parviennent pas à répondre à la demande actuelle. On a également mentionné que, dans bon nombre de collectivités, aucun transport accessible n'est offert aux personnes en fauteuil roulant ou en civière. Ces personnes doivent avoir recours, à leurs frais, à des services de transport privés pour soins médicaux.

De plus, il faut améliorer le transport des patients qui doivent aller d'un hôpital à l'autre pour obtenir des traitements spécialisés et des services diagnostiques, et surtout le transport d'urgence des patients qui ne peuvent pas attendre.

Disponibilité des soins de longue durée

La population du RLISS du Sud-Est doit attendre pour obtenir des soins de longue durée en établissement.

La population du RLISS du Sud-Est doit attendre pour obtenir des soins de longue durée en établissement (soins continus complexes, maisons de soins infirmiers et résidences pour personnes âgées). Près de 60 % des jours-patient d'attente pour d'autres niveaux de soins consistent à attendre des soins de longue durée en établissement ou des soins continus. Les membres de la collectivité doivent également attendre pour être admis dans des établissements de soins de longue durée. Le nombre de personnes qui attendent un lit par rapport au nombre de lits disponibles dans le RLISS du Sud-Est représente le troisième ratio le plus élevé de tous les RLISS de l'Ontario, et continue d'augmenter.

Les lits dans les établissements de soins ne sont que l'une des composantes du continuum de soins de longue durée. Les résidences privées pour personnes âgées, les unités de logement avec services de soutien et les services à domicile sont également d'autres moyens de répondre aux besoins de soins de longue durée. Toutes les collectivités desservies par le RLISS du Sud-Est éprouvent toutefois un manque de ces autres types de soins de longue durée.

Intégration des services le long du continuum de soins

Pour le grand nombre de personnes atteintes de maladies chroniques dans le RLISS du Sud-Est, l'amélioration de l'intégration et de la prestation des services revêt une importance particulière.

Pour le grand nombre de personnes atteintes de maladies chroniques dans le RLISS Sud-Est, l'intégration des services et de la prestation des services le long du continuum de soins revêt une importance particulière. En raison de la nature de leurs maladies, un grand nombre de ces personnes ont des interactions suivies plutôt que ponctuelles avec de multiples éléments du système de santé plutôt qu'avec un seul. Une meilleure intégration des services le long du continuum de soins aura pour effet d'améliorer la qualité de leurs soins et de réduire au minimum les épisodes de détérioration de leur qualité de vie et de leur santé, très souvent causés par des interruptions à l'intérieur du système de santé.

Lors des séances de participation communautaire et des consultations menées auprès des intervenants, les participants ont insisté sur l'importance d'améliorer la coordination des soins le long du continuum à l'intérieur du système de santé du RLISS du Sud-Est. Le problème considéré le plus épineux est le manque de communication entre les fournisseurs de services au sujet des patients. Cette façon de procéder est particulièrement problématique lorsque, par exemple, les patients passent d'un fournisseur de soins de première ligne au service d'urgence d'un hôpital; d'un hôpital à l'autre; d'un

hôpital à nouveau à un fournisseur de soins de première ligne; et d'un l'hôpital à un fournisseur de soins à domicile dans un endroit géographiquement éloigné. Tout le monde s'entend sur le fait qu'il vaut mieux coordonner les transitions d'un secteur à l'autre et d'un fournisseur à l'autre à l'intérieur du système. Pour améliorer la situation, on a suggéré d'examiner la possibilité de normaliser les procédés, d'échanger de l'information sur les patients et de réduire la duplication de l'information et des procédés.

Participation des collectivités autochtones

Les populations autochtones ont une espérance de vie plus courte et une moins bonne santé que la population canadienne en général.

Les études canadiennes sur la santé des populations autochtones démontrent constamment que ces populations ont une espérance de vie plus courte et une moins bonne santé que la population canadienne en général. Le RLISS devra élaborer et mettre en oeuvre un cadre permettant de maintenir un dialogue suivi avec les Autochtones de la région et les collectivités autochtones vivant hors-réserve.

Prestation de services de santé en français

Le manque de services de santé en français affecte vraisemblablement la santé de la population francophone de la région.

La région manque de professionnels de la santé (médecins de famille, chirurgiens, spécialistes et personnel infirmier) capables d'offrir des services de santé en français. Il semble que la situation empêche la population francophone de la région d'avoir accès à des services de santé. Le manque d'accès à des services de santé en français affecte vraisemblablement la santé de la population francophone de la région et la qualité des services qui lui sont offerts.

Intégration de la cybersanté

Le partage de l'information le long du continuum de soins est particulièrement important pour répondre aux besoins des nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques dans le RLISS du Sud-Est.

Selon le sondage sur la préparation aux dossiers de santé électroniques mené par l'Ontario Hospital Association en 2005, les hôpitaux du RLISS du Sud-Est sont relativement moins prêts à partager de l'information sur les patients avec des fournisseurs de services autres que des hôpitaux, comparé aux hôpitaux d'autres régions de la province. Cette constatation s'est également dégagée de nos consultations auprès des intervenants. Il semble que d'autres organismes ne soient pas mieux préparés à partager de l'information sur les patients par voie électronique. La plupart des fournisseurs de services de santé indiquent qu'il est nécessaire d'avoir des dossiers électroniques des patients pour rendre l'information sur les patients disponible à tous les fournisseurs. Sans un outil de ce genre, il y aura inévitablement de la duplication, de l'inefficacité et un risque d'erreurs. On a souligné que le partage de l'information est particulièrement important pour

répondre aux besoins des nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques, parce qu'elles reçoivent des services tout le long du continuum de soins.

Plan régional de ressources humaines en santé

Le RLISS devrait prendre les devants et élaborer un plan général de ressources humaines en santé pour la région.

Le système de santé reconnaît que le nombre insuffisant de professionnels de la santé qualifiés travaillant dans les nombreuses disciplines et les divers groupes professionnels constitue un problème majeur. Jusqu'à récemment, nous n'avions aucun système ni aucune structure appropriée en place pour soutenir la planification et le développement des ressources humaines à l'échelon national, provincial ou local. Lors des consultations menées auprès des intervenants, la plupart des participants étaient d'avis que le RLISS devrait prendre les devants et élaborer un plan général de ressources humaines en santé pour la région.

Priorités du RLISS et orientations stratégiques du MSSLD

Le tableau qui suit présente le lien qui existe entre les priorités en matière de changement du RLISS du Sud-Est et l'ébauche des orientations stratégiques énoncées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Comme nous pouvons le voir, chaque priorité du RLISS correspond à une ou plus d'une orientation stratégique du ministère, et à toutes les orientations stratégiques du ministère correspondent des priorités en matière de changement du RLISS.

Ébauche des orientations stratégiques du MSSLD	Priorités en matière de changement du RLISS du Sud-Est						
	1	2	3	4	5	6	7
	Accès aux soins	Disponibilité des soins de longue durée	Intégration des services le long du continuum de soins	Participation des communautés autochtones	Prestation de services de santé en français	Intégration de la cybersanté	Plan régional de ressources humaines en santé
Renouveler la participation et les partenariats communautaires à l'intérieur et autour du système de santé.	X		X	X			X
Améliorer l'état de santé de la population ontarienne.	X		X	X	X		X
Veiller à ce que les Ontariennes et les Ontariens aient un accès équitable aux services de santé dont ils ont besoin, où qu'ils vivent et quel que soit leur statut culturel ou socio-économique.	X	X	X	X	X		X
Améliorer les résultats en matière de qualité des soins de santé.	X		X			X	
Établir un cadre permettant d'assurer la viabilité du système et de produire les meilleurs résultats possible pour les consommateurs et la collectivité.	X	X	X			X	X

Plan d'action

En collaboration avec nos partenaires, nous allons établir des objectifs précis et fixer des échéances pour apporter des améliorations.

Au cours des trois prochaines années, le RLISS du Sud-Est s'engage à mener les initiatives décrites plus bas. Ces initiatives visent à élaborer des plans et à apporter des changements au système pour répondre à chacune des priorités du RLISS et résoudre les problèmes liés à chaque priorité. En collaboration avec nos partenaires, nous allons, dans chaque initiative, établir des objectifs précis et fixer des échéances pour apporter des améliorations. Pour chaque initiative, nous allons rendre compte des progrès que nous aurons réalisés en vue de l'atteinte de nos objectifs.

Accès aux soins

Le RLISS du Sud-Est fera des recherches plus poussées, élaborera des plans et travaillera en collaboration avec d'autres dans le but d'apporter des changements au système qui auront pour effet de rendre les soins plus accessibles partout dans le RLISS. Nous allons également chercher à réduire les obstacles souvent considérables auxquels font face les populations du Sud-Est de l'Ontario ayant des besoins spéciaux lorsqu'elles essayent d'obtenir des soins.

Accès aux soins de santé primaires

Nous allons élaborer des modèles multidisciplinaires et intégrés de prestation des soins primaires.

Le RLISS du Sud-Est élaborera et mettra en oeuvre des stratégies régionales et sous-régionales visant à :

- accroître l'effectif de fournisseurs de soins primaires, et
- accroître la capacité de services des fournisseurs de soins primaires.

Ces stratégies auront pour but d'élaborer des modèles multidisciplinaires et intégrés conçus pour dispenser efficacement les soins de santé primaires, surtout aux personnes atteintes de maladies chroniques. Le recours à des équipes multidisciplinaires devrait permettre d'offrir plus de soins de santé primaires dans la région parce que d'autres professionnels, en plus des médecins, pourront répondre aux besoins des patients dans le champ d'exercice de leur profession.

Accès aux spécialistes

Le RLISS travaillera en collaboration avec les fournisseurs pour recruter plus de médecins spécialistes et sous-spécialistes.

Le RLISS du Sud-Est élaborera et mettra en oeuvre des stratégies régionales visant à :

- accroître de façon sélective l'effectif local de médecins spécialistes, et
- améliorer l'accès aux médecins spécialistes (et aux services diagnostiques connexes) pour des services de consultation.

Certains sont d'avis qu'en accroissant l'effectif et les capacités des fournisseurs de soins de santé primaires, les spécialistes n'auront pas à fournir autant d'évaluations de soins primaires et de soins de suivi. Si l'on réduit le taux d'aiguillage effectué par les fournisseurs de soins primaires, les temps d'attente pour les services d'évaluation et de planification de traitements fournis par les spécialistes devraient alors diminuer.

Le RLISS travaillera avec les fournisseurs, de façon sélective et en s'appuyant sur son plan de ressources humaines en santé, pour recruter plus de médecins spécialistes et sous-spécialistes. Cette mesure devrait également réduire les temps d'attente pour les services d'évaluation et de planification de traitements fournis par les spécialistes.

Réduction des temps d'attente

Nous voulons améliorer les mécanismes utilisés pour établir les listes d'attente afin d'accorder la priorité aux patients dont les besoins sont les plus pressants.

Les temps d'attente dépendent de la disponibilité des ressources humaines, des technologies et des installations, ainsi que des modèles de mise en attente utilisés pour donner accès à ces ressources. Au cours des trois prochaines années, le RLISS se penchera sur les types de services pour lesquels les temps d'attente sont longs. Pour ces services, le RLISS travaillera de pair avec la stratégie provinciale et en collaboration avec les fournisseurs de soins pour élaborer des plans visant à réduire les temps d'attente. Ces initiatives auront pour but d'améliorer les mécanismes utilisés pour établir les listes d'attente, d'améliorer la gestion des listes d'attente pour accorder la priorité aux patients dont les besoins sont les plus pressants, d'améliorer l'efficacité de la prestation des services et, au besoin, d'accroître la capacité de fournir les services.

Accès aux services de santé mentale et de toxicomanie

Le RLISS du Sud-Est portera une attention particulière à l'élaboration et la mise en œuvre de modèles permettant aux résidents des endroits plus reculés de la région d'avoir accès à des soins convenables de santé mentale et de toxicomanie, au moment où ils en ont besoin.

Le RLISS du Sud-Est fera des recherches plus poussées, élaborera des plans et travaillera en collaboration avec les fournisseurs de services afin d'éliminer les obstacles empêchant les gens d'avoir accès aux services de santé mentale et de toxicomanie existants, et afin également d'accroître l'effectif de fournisseurs de ces services dans la région. Le RLISS cherchera à accroître sa capacité à offrir des services de santé mentale et de toxicomanie. Il portera une attention particulière à l'élaboration et la mise en oeuvre de modèles permettant aux résidents des endroits plus reculés d'avoir accès à des services convenables de santé mentale et de toxicomanie, au moment où ils en ont besoin.

Un autre élément important de cette initiative (menée de pair avec l'initiative visant à accroître la capacité à offrir des soins de santé primaires) sera l'étude d'un modèle de « soins partagés » applicable aux services de santé mentale, selon lequel les fournisseurs de soins de santé de première ligne feront partie intégrante du système de maintien et de restauration de la santé mentale.

Accès aux services de réadaptation

Le RLISS du Sud-Est étudiera les dimensions du déficit apparent de services de réadaptation et élaborera des stratégies pour offrir plus de services.

Le manque apparent de services de réadaptation offerts aux patients hospitalisés pénalise les résidents de la région et crée des problèmes dans le système parce que les patients doivent attendre dans les hôpitaux de soins actifs pour obtenir ces services. Le RLISS du Sud-Est étudiera les dimensions de ce déficit apparent de services ainsi que le type de services qu'il faudra offrir davantage. La collectivité est également préoccupée par le fait que les services de réadaptation donnés en clinique externe et à domicile sont difficilement accessibles et dispendieux. Le RLISS étudiera ce problème et élaborera des plans visant à répondre aux préoccupations et aux besoins de la population du RLISS à cet égard, dans les limites du cadre de financement établi par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Services de transport pour obtenir des soins

Le RLISS du Sud-Est élaborera des plans visant à améliorer l'accès aux services de transport pour soins médicaux.

Le RLISS étudiera les problèmes entourant :

- le transport aller-retour permettant aux patients externes et aux patients hospitalisés d'obtenir des soins non urgents; et
- le transport des patients d'un hôpital à l'autre pour leur permettre d'obtenir des traitements spécialisés et des services diagnostiques.

Le RLISS travaillera en collaboration avec ses partenaires pour élaborer des plans visant à améliorer l'accès aux services de transport pour soins médicaux. De plus, il étudiera et élaborera des stratégies visant à résoudre le problème de l'obtention et du financement d'un transport adéquat pour le retour à la maison après un épisode de soins d'urgence, lorsque les patients n'ont pas leur propre transport ou que leur moyen de transport n'est pas convenable.

Disponibilité des soins de longue durée

Le RLISS du Sud-Est élaborera un plan visant à réaligner les capacités actuelles pour mieux répondre aux besoins de la population ou accroître les capacités d'un ou de plusieurs types de soins de longue durée, ou les deux.

Le RLISS du Sud-Est travaillera en collaboration avec les fournisseurs de services de santé pour voir si les différents types de soins de longue durée sont utilisés correctement et sont suffisants. Il examinera notamment :

- le soutien à domicile
- les soins à domicile
- le logement avec services de soutien
- les foyers de soins de longue durée
- les soins continus complexes

Au besoin, le RLISS élaborera un plan visant à réaligner les capacités actuelles pour mieux répondre aux besoins de la population ou accroître les capacités d'un ou de plusieurs types de soins de longue durée, ou les deux.

Intégration des services le long du continuum de soins

Le RLISS travaillera en collaboration avec les fournisseurs de services pour adopter des modèles de pratiques exemplaires dans le but d'éliminer les obstacles et d'améliorer la circulation des patients le long du continuum de soins.

Le RLISS travaillera en collaboration avec les fournisseurs de services afin de trouver des modèles de pratiques exemplaires en Ontario et en dehors de la province, et de les adopter dans le but d'éliminer les obstacles et d'améliorer la circulation des patients le long du continuum de soins. Ces initiatives permettront aux patients de passer plus facilement d'un fournisseur à l'autre travaillant à l'intérieur d'un secteur donné (p. ex., hôpitaux de soins actifs) mais dans des endroits différents, et d'un fournisseur à l'autre travaillant dans différents secteurs à l'intérieur d'une même région géographique ou dans des régions géographiques différentes. L'intégration des services revêtira une importance particulière pour les patients atteints de maladies chroniques qui ont des interactions suivies plutôt que ponctuelles avec de multiples éléments du système de santé plutôt qu'avec un seul.

Intégration de la cybersanté

Le RLISS du Sud-Est travaillera en collaboration avec les fournisseurs de services à la mise en œuvre d'une stratégie intégrée lui permettant d'acheter des technologies de cybersanté et de les répartir à l'intérieur du réseau.

Le RLISS du Sud-Est travaillera en collaboration avec les fournisseurs de services à l'élaboration et la mise en oeuvre d'une stratégie intégrée lui permettant d'acheter des technologies de cybersanté et de les répartir à l'intérieur du réseau. Ensuite, il aidera les fournisseurs de services de santé à mettre la stratégie de cybersanté en œuvre et surveillera leur rendement. Cette initiative a pour but d'améliorer l'échange d'information sur les patients parmi les fournisseurs de santé le long du continuum de soins.

Plan régional de ressources humaines en santé

Le RLISS du Sud-Est élaborera un modèle qui lui permettra de déployer les ressources humaines en santé le plus efficacement possible dans les diverses sous-régions de son territoire.

Le RLISS du Sud-Est entreprendra des activités visant à élaborer un modèle qui lui permettra de déployer les ressources humaines le plus efficacement possible dans les diverses sous-régions de son territoire. Il dressera un inventaire des ressources humaines actuelles et élaborera une stratégie de recrutement de ressources supplémentaires et de déploiement de ces ressources selon son nouveau modèle de prestation de soins.

La planification des ressources humaines en santé devra également viser à offrir plus de services de santé en français dans le RLISS du Sud-Est.

Participation des collectivités autochtones

Nous allons entamer des discussions avec les collectivités autochtones desservies par le RLISS afin de relever les problèmes et d'identifier les moyens d'améliorer les services de santé ainsi que la santé de la population autochtone de la région.

Prestation de services de santé en français

Nous allons chercher à accroître la gamme des services de santé offerts en français.

En collaboration avec la collectivité francophone, nous allons élaborer un plan complet d'amélioration de l'accès à des services de santé en français dans le RLISS du Sud-Est. Nous allons encourager et appuyer les initiatives visant à attirer et maintenir des fournisseurs de services francophones et à faciliter l'accès aux services de santé en français. Ces initiatives auront pour objectif de réduire les obstacles auxquels se heurtent les francophones de la région lorsqu'ils cherchent à obtenir des services de santé.

South East
LOCAL HEALTH INTEGRATION NETWORK
RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ
du Sud-Est

48 Dundas Street West , Unit 2
Belleville, ON
K8P 1A3
Tel: 613-967-0196
Fax: 613-967-1341

48 rue Dundas Ouest, unité 2
Belleville, ON
K8P 1A3
Tel : 613-967-0196
Téléc : 613-967-1341

Plan d'intégration des services de santé du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

Octobre 2006

Ontario

1.0 Contexte provincial

1.1 Contexte et objectifs

Le gouvernement de l'Ontario a mis sur pied le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est et l'a investi du mandat de transformer le système de santé local.

L'amélioration des services de santé représente l'une des priorités-clés du gouvernement de l'Ontario. Celui-ci a mis sur pied le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Sud-Est et l'a investi du mandat de transformer le système de santé local en faisant appel à la participation de la collectivité et en augmentant, à l'échelon local, les capacités de planifier, coordonner, intégrer et financer la prestation de la plupart des services de santé financés par l'État.

L'élaboration et le raffinement constants du plan d'intégration des services de santé constituent l'une des principales activités du RLISS du Sud-Est, et le demeureront. Le présent document est la première version du plan du RLISS du Sud-Est. Ce plan triennal donne un aperçu initial de l'orientation du changement et renferme :

- la vision
- les priorités
- les stratégies

que le RLISS a adoptées pour améliorer le service de santé et mieux intégrer, à l'horizontale et à la verticale, les services offerts à l'intérieur de ses limites géographiques. Ce plan d'intégration sera mis à jour chaque année pour tenir compte des changements démographiques et des changements apportés au système de santé, et pour améliorer l'information et les idées s'y rapportant.

Le plan d'intégration des services de santé a été élaboré avec la participation des collectivités, des fournisseurs de services et des organismes de santé de la région.

Ce plan d'intégration a été élaboré avec la participation des collectivités, des fournisseurs de services et des organismes de santé de la région. Il a été dressé à partir d'analyses de données portant sur la santé de la population et sur la planification des services de santé. On prévoit que le plan sera raffiné à la suite de consultations plus poussées auprès des collectivités et des fournisseurs de services de la région.

L'élaboration de ce premier plan d'intégration des services de santé repose sur les sept principes de base suivants[7] :

- Participation communautaire : le mieux est de faire appel à la collectivité, aux fournisseurs de services et à la

[7] Tiré du document intitulé « Roadmap to the Integrated Health Service Plan », publié par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario en janvier 2006.

population qu'ils desservent pour cerner les besoins en matière de santé et prendre des décisions.

- Coopération et coordination : les collectivités, les fournisseurs de services de santé, les réseaux locaux d'intégration des services de santé et le gouvernement doivent travailler ensemble pour réduire la duplication et mieux coordonner la prestation des services de santé.
- Équité et diversité : nous adhérons aux principes de l'équité et du respect de la diversité dans les collectivités, y compris le respect des exigences de la *Loi sur les services en français* concernant les services offerts à la communauté francophone de l'Ontario. Nous devons également reconnaître que les Premières nations et les Autochtones ont un rôle à jouer dans la planification et la prestation des services de santé de leurs communautés. L'accès aux services de santé ne sera pas limité à la région géographique du RLISS où les Ontariennes et les Ontariens habitent.
- Responsabilité et transparence : nous devons démontrer que la gouvernance et la gestion du système de santé servent les intérêts du public et favorisent la prestation efficace de services de santé de haut calibre à toute la population de l'Ontario.
- Viabilité : nous voulons un système de santé intégré qui fournit les services dont les gens ont besoin maintenant, et dont ils auront besoin dans les années à venir.

1.2 Vision et orientations stratégiques provinciales

Ce premier plan d'intégration des services de santé du RLISS du Sud-Est est fermement ancré dans la vision formulée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et qui s'énonce comme suit :

« Un système de santé qui aide les gens à rester en bonne santé, qui dispense des soins de qualité lorsque les gens en ont besoin et qui sera là pour nos enfants et nos petits-enfants. »

« ***Un système de santé qui aide les gens à rester en santé, qui dispense de bons soins lorsque les gens en ont besoin et qui sera là pour nos enfants et nos petits-enfants.*** »

Le RLISS du Sud-Est adhère également à l'ébauche des orientations stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée[8], que le ministre a exprimées en ces termes :

[8] Il s'agit de l'ébauche des orientations stratégiques du MSSLD. Le document final des orientations stratégiques sera normalement publié au printemps 2007.

1. Renouveler la participation et les partenariats communautaires à l'intérieur et autour du système de santé :
   - Structures et procédés efficaces de gouvernance
   - Planification du système de santé local basée sur la sensibilisation et l'engagement de la collectivité
   - Établissement de partenariats avec d'autres éléments du système de santé local, y compris les organismes de santé publique et les groupes de soins primaires
   - Participation active aux processus de planification communautaire locale
2. Améliorer l'état de santé de la population ontarienne :
   - Amélioration de la santé de toute la population de l'Ontario, et surtout des groupes dont la santé est la moins bonne
   - Amélioration de la mise en oeuvre de programmes provinciaux de dépistage des maladies
3. Veiller à ce que les Ontariennes et les Ontariens aient équitablement accès aux services de santé dont ils ont besoin, où qu'ils vivent et quel que soit leur statut culturel et socioéconomique :
   - Réduction des temps d'attente pour l'obtention de services-clés
   - Réduction des obstacles à l'accès aux services
   - Planification et gestion plus efficaces des ressources humaines dans le domaine de la santé
   - Mise en place des soutiens nécessaires pour permettre aux Ontariennes et aux Ontariens de vieillir à l'endroit qui convient le mieux à leurs besoins
4. Améliorer les résultats en matière de qualité de la santé :
   - Planification et coordination des services de santé et gestion des maladies chroniques axées sur le client
   - Leadership et participation à l'amélioration constante de la qualité du système de santé
   - Amélioration de l'intégration et de la coordination des services de prévention, de promotion, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs, pour qu'ils répondent aux besoins de la population
   - Amélioration de la sécurité et de l'efficacité des services de santé

5. Établir un cadre permettant d'assurer la viabilité du système de santé et de produire les meilleurs résultats possibles pour les consommateurs et la collectivité :
   - Affectation équitable des ressources allouées à la santé, en fonction des besoins de la population, y compris la gestion thérapeutique
   - Utilisation optimale des ressources disponibles pour fournir les soins de santé
   - La planification et la prise de décisions sont fondées sur de l'information probante, l'analyse des besoins et la valeur des investissements
   - Prestation efficace des services
   - Utilisation accrue des milieux de soins de santé appropriés
   - Le système de santé local adopte graduellement un système électronique d'information sur la santé
   - Stabilité financière

2.0 Vision de la santé et des soins de santé dans le RLISS du Sud-Est

Nous proposons de travailler en collaboration avec nos partenaires pour créer une vision de la santé et des soins de santé propre au RLISS du Sud-Est.

Notre vision de la santé et des soins de santé guidera le travail que nous faisons pour le compte des résidents de la région desservie par le RLISS du Sud-Est. Nous proposons de travailler en collaboration avec nos partenaires pour créer une vision de la santé et des soins de santé propre au RLISS du Sud-Est. Cette vision englobera les concepts suivants :

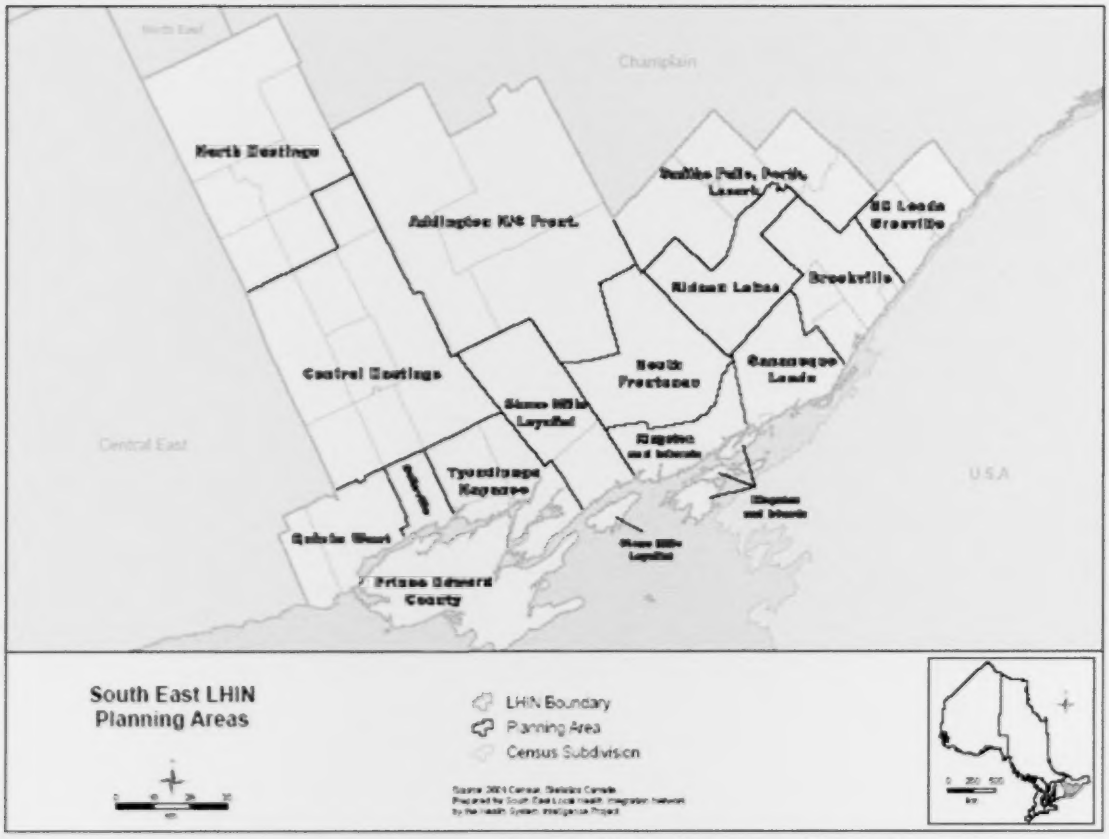
- Accessibilité
- Soins axés sur les patients
- Intégration
- Grande qualité
- Viabilité

3.0 Analyse de la situation actuelle

3.1 La région desservie par le RLISS du Sud-Est

La région desservie par le RLISS du Sud-Est[9] englobe les comtés de Hastings, Prince Edward, Lennox et Addington, Frontenac, Leeds et Grenville, ainsi que les villes de Kingston, Belleville et Brockville, les municipalités séparées de Smith Falls et de Prescott, et certaines parties des comtés de Lanark et de Northumberland. La carte ci-dessous illustre la région desservie par le RLISS du Sud-Est.

Tableau 3.1 : Région desservie par le RLISS du Sud-Est



[Document source disponible en anglais seulement.]

[9] Le terme « région desservie par le RLISS du Sud-Est » désigne la région géographique considérée aux fins de la planification, tandis que le terme RLISS du Sud-Est désigne uniquement l'organisme.

En tout, 480 127 personnes, soit 3,8 % de la population ontarienne (2004)[10], vivent dans ce territoire. La population est répartie parmi 45 municipalités du Sud-Est de l'Ontario.

Tableau 3.2 : Population des municipalités de la région desservie par le RLISS du Sud-Est, 2004[11]

Lieu de résidence	Popn 2004	% du total RLISS S.-E.	% cumul. du total
Kingston	121 474	25,3 %	25,3 %
Belleville	48 273	10,1 %	35,4 %
Quinte Ouest	43 413	9,0 %	44,4 %
Comté de Prince Edward	26 338	5,5 %	49,9 %
Brockville	22 366	4,7 %	54,5 %
Frontenac Sud	17 808	3,7 %	58,2 %
Grand Napanee	16 045	3,3 %	61,6 %
Loyalist	15 384	3,2 %	64,8 %
Elizabethtown-Kitley	10 508	2,2 %	67,0 %
Rideau Lakes	10 334	2,2 %	69,1 %
Brighton	10 188	2,1 %	71,3 %
Smiths Falls	9 533	2,0 %	73,2 %
Leeds et les Milles-Iles	9 529	2,0 %	75,2 %
Augusta	8 083	1,7 %	76,9 %
Stone Mills	7 801	1,6 %	78,5 %
Drummond/Elmsley N	7 271	1,5 %	80,1 %
Edwardsburgh/Cardinal	7 031	1,5 %	81,5 %
Perth	6 323	1,3 %	82,8 %
Tweed	5 855	1,2 %	84,1 %
Tay Valley	5 844	1,2 %	85,3 %
Gananoque	5 435	1,1 %	86,4 %
Stirling-Rawdon	5 135	1,1 %	87,5 %
Frontenac Centre	4 782	1,0 %	88,5 %
Centre Hastings	4 529	0,9 %	89,4 %
Prescott	4 320	0,9 %	90,3 %
Hastings Highlands	4 317	0,9 %	91,2 %
Bancroft	4 314	0,9 %	92,1 %
Marmora et Lake	4 272	0,9 %	93,0 %
Tyendinaga	4 116	0,9 %	93,9 %
Montague	3 743	0,8 %	94,6 %
Athens	3 237	0,7 %	95,3 %
Merrickville-Wolford	3 101	0,6 %	96,0 %
Front Of Yonge	2 862	0,6 %	96,6 %
Addington Highlands	2 520	0,5 %	97,1 %
Madoc	2 163	0,5 %	97,5 %
Frontenac Nord	1 926	0,4 %	97,9 %
Deseronto	1 882	0,4 %	98,3 %
Frontenac Islands	1 718	0,4 %	98,7 %
Faraday	1 631	0,3 %	99,0 %
Tyendinaga Mohawk Ter	1 485	0,3 %	99,3 %
Carlow/Mayo	842	0,2 %	99,5 %
Wollaston	691	0,1 %	99,6 %
Tudor et Cashel	680	0,1 %	99,8 %
Westport	663	0,1 %	99,9 %
Limerick	362	0,1 %	100,0 %
Total RLISS du Sud-Est	480 127	100,0 %	

[10] Estimations démographiques provenant de l'entrepôt des données sur la santé de l'Ontario et fournies par le centre de soutien à la gestion de l'information des RLISS du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario. Il convient de souligner qu'il existe plusieurs moyens de faire une estimation de la taille de la population. Chaque fois que possible, nous avons utilisé les projections fournies par le MSSLD. Les estimations établies par d'autres organismes tels que des municipalités, Recensement Canada et autres, peuvent être légèrement différentes.

[11] Les estimations démographiques par municipalité sont fournies par MSSLD, base de données provinciales sur la planification de la santé, centre de soutien à la gestion de l'information des RLISS.

Le RLISS du Sud-Est est le seul RLISS du Sud de la province à être considéré comme un réseau rural, selon la définition donnée par le Comité mixte des politiques et de la planification de l'Ontario.

Avec un territoire de 19 473 kilomètres carrés, le RLISS du Sud-Est se classe au quatrième rang pour la superficie parmi les 14 RLISS de la province. Seulement 24,2 personnes par kilomètre carré vivent dans cette région. Sa faible densité de population crée des problèmes de transport aux résidents et complique la tâche des fournisseurs de services de santé qui doivent répondre aux besoins d'une population très dispersée tout en respectant les objectifs provinciaux en matière d'efficacité. Le RLISS du Sud-Est est le seul RLISS du Sud de la province à être considéré comme un réseau rural, selon la définition donnée par le Comité mixte des politiques et de la planification de l'Ontario.

De plus, on retrouve sur le territoire du RLISS du Sud-Est l'Université Queen, le Collège militaire royal du Canada, le Collège Loyalist, le Collège St. Lawrence, deux bases des Forces canadiennes et sept pénitentiaires dont les populations de passage ne sont pas incluses dans l'estimation démographique officielle de la région.

3.2 Caractéristiques de la population

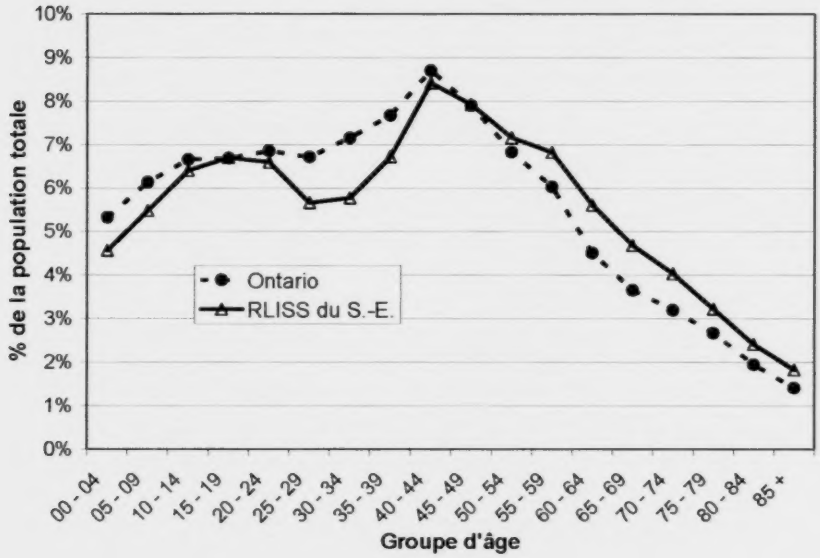
3.2.1 Âge de la population

Le RLISS du Sud-Est compte le taux le plus élevé de personnes âgées de 65 ans et plus de tous les RLISS de la province.

Le RLISS du Sud-Est compte une population plus âgée que les autres RLISS. La population âgée de 25 à 49 ans affiche un taux plus faible que la moyenne provinciale tandis que les personnes âgées de 60 ans et plus représentent un taux plus élevé que la moyenne provinciale. Le RLISS du Sud-Est compte le taux le plus élevé de personnes âgées de 65 ans et plus de tous les RLISS de la province[12].

[12] Bien que le taux actuel de la population âgée de 65 ans et plus soit élevé dans le Sud-Est de la province, le taux de croissance projeté pour ce groupe d'âge de 2006 à 2016 (31,2 %) est inférieur à celui de la province (34,6 %).

Tableau 3.3 : Répartition de la population du RLISS du Sud-Est comparée à celle de l'Ontario en 2005, par groupe d'âge[13]



3.2.2 *Caractéristiques sociales et démographiques*

Le tableau qui suit donne un aperçu des caractéristiques sociales et démographiques de la population de la région desservie par le RLISS du Sud-Est[14].

[13] Les estimations démographiques sont tirées de l'ébauche non publiée d'un rapport du ministère des Finances de l'Ontario sur les données démographiques, printemps 2006.

[14] Cette donnée, ainsi que les données sur l'état de santé, les pratiques de santé et les résultats présentés dans ce plan, sont tirées des ensembles de données produits pour les « Portraits de la santé de la population » créés par le Projet d'analyse des données sur le système de santé du MSSLD en septembre 2005. Chaque RLISS a reçu un CD renfermant des données et des indicateurs, ainsi que des notes renfermant de l'information détaillée sur chaque indicateur, y compris des définitions, des sources de données, la méthodologie, les limitations et la qualité des données. Parmi les sources de données, citons les résultats du recensement 2001 de Statistique Canada, la base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), la base de données provinciale sur la planification de la santé du MSSLD et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2003) de Statistique Canada.

Tableau 3.4 : Caractéristiques socio-démographiques de la région desservie par le RLISS du Sud-Est[15,16]

Indicateur de la santé	Total/ Moyenne Ontario	Sud-Est	Commentaires
Caractéristiques socio-démographiques (2001, à moins d'indication contraire)			
Taux de croissance annuel de la population 1994-2004 (%)	1,5 %	1,4 %	
Ratio de dépendance (2004)	45,4	45,7	
Population âgée : % de personnes âgées de 65 ans et plus (2004)	12,8 %	15,8 %	Taux le plus élevé en Ontario
Familles recensées dirigées par un parent seul	23,4 %	24,0 %	
Familles monoparentales dirigées par une femme	82,5 %	81,6 %	
Familles monoparentales dirigées par un homme	17,5 %	18,4 %	
Population dont la langue maternelle est l'anglais	71,9 %	92,2 %	Taux le plus élevé en Ontario
Population dont la langue maternelle est le français	4,7 %	2,6 %	
Population d'immigrants	26,8 %	9,3 %	Quartile inférieur
Population d'immigrants récents (1996-2001)	4,8 %	0,7 %	Quartile inférieur
Population de minorités visibles	19,1 %	2,6 %	Quartile inférieur
Population autochtone	1,7 %	2,0 %	
Taux d'activité (population sur le marché du travail)	67,3 %	62,4 %	Quartile inférieur
Taux de chômage (2005)	6,6 %	6,3 %	
Incidence de faible revenu (population âgée de 15 et plus sous le SFR)	14,4 %	13,3 %	
Population (20 ans et +) dont le niveau de scolarité est inférieur à la 9e année	8,7 %	7,3 %	Quartile inférieur
Population sans diplôme d'études secondaires	25,7 %	27,3 %	
Population ayant terminé des études postsecondaires	48,7 %	46,3 %	

3.3 Santé de la population

Pour comprendre les besoins d'une population en matière de services, il faut tout d'abord comprendre les caractéristiques de cette population et son état de santé. Les différences que l'on retrouve par indicateur de santé pourraient très bien expliquer pourquoi l'utilisation des services varie à l'intérieur d'une région ou d'une région à l'autre, ou pourraient encore faire ressortir un besoin non satisfait à l'intérieur d'un groupe ou d'une région.

3.3.1 État de santé

La population desservie par le RLISS du Sud-Est est lourdement affectée par des troubles de santé, comparé au reste de la province.

Le tableau qui suit présente les résultats de certains indicateurs de la santé pour la population desservie par le RLISS du Sud-Est et pour l'ensemble de la population ontarienne. La colonne « commentaires » décrit où le RLISS du Sud-Est se situe par rapport aux 14 RLISS de la province.

[15] Projet d'analyse des données sur le système de santé du MSSLD de l'Ontario, données sur les indicateurs de santé de la population, 2004

[16] Le ratio de dépendance exprime le rapport qui existe entre la population inactive (enfants âgés de 0 à 14 ans et aînés âgés de 65 ans et plus), et la population active (15 à 64 ans). Le seuil de faible revenu représente le niveau de revenu auquel les gens dépensent des sommes d'argent disproportionnées pour la nourriture, le logement et les vêtements.

Tableau 3.5 : État de santé général et indicateurs de santé pour la population de la région desservie par le RLISS du Sud-Est[17,18]

Indicateur de la santé	Total/ Moyenne Ontario	Sud-Est	Commentaires
État de santé général, 2003 (et 2005 lorsque les données sont disponibles)			
Population (12 ans et plus) en excellente ou en très bonne santé	57,4 %	54,9 %	Quartile inférieur
Population (12 ans et plus) dont l'activité est limitée (2005)	29,4 %	34,7 %	Quartile supérieur
Espérance de vie des femmes à la naissance	82,1	80,3	Quartile inférieur
Espérance de vie des hommes à la naissance	77,5	75,8	Quartile inférieur
Résultats pour la santé			
Bébés ayant un faible poids à la naissance (1999-2001)	5,6 %	5,5 %	
Naissances prématurées par 1 000 naissances (1999-2001)	70,9	72,0	
Taux de mortalité infantile par 1 000 naissances vivantes (1999-2001)	5,4	5,1	Quartile inférieur
Taux brut de mortalité par 100 000 personnes (2000-2001)	685,7	944,4	Taux le plus élevé en Ontario
Taux de mortalité normalisés selon l'âge par 100 000 personnes	602,6	695,1	Quartile supérieur
Taux de mortalité normalisés selon l'âge par chapitre de la CIM-10 et par 100 000 personnes (2000-2001)			
Maladies de l'appareil circulatoire	209,1	243,1	Quartile supérieur
Tumeurs	181,4	199,9	Quartile supérieur
Maladies de l'appareil respiratoire	45,4	57,9	Quartile supérieur
Causes externes de mortalité	32,6	40,9	Quartile supérieur
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	26,1	29,9	Quartile supérieur
Taux de décès avant l'âge de 65 ans	21,3 %	19,8 %	Quartile inférieur
Taux de décès avant l'âge de 75 ans	41,2 %	40,2 %	Quartile inférieur
Taux d'années potentielles de vie perdues (moyenne 2000-2001), par 100 000 personnes âgées de moins de 75 ans	4 864	6 078	Quartile supérieur
Taux d'années potentielles de vie perdues par chapitre de la CIM-10 (5 principaux chapitres) et par 100 000 personnes âgées de moins de 75 ans (2000-2001)			
Tumeurs	1 590,3	1 998,0	Taux le plus élevé en Ontario
Maladies de l'appareil circulatoire	852,9	1 203,5	Quartile supérieur
Causes externes de mortalité	834,3	1 058,2	Quartile supérieur
Troubles périnatals	266,5	154,4	Quartile inférieur
Symptômes et signes non classés ailleurs	234,0	248,8	

Comme on peut le constater, la population desservie par le RLISS du Sud-Est est lourdement affectée par la maladie. Par exemple, cette population se situe dans le quartile supérieur pour la province à l'égard des indicateurs de la santé suivants :

- Taux de mortalité normalisés selon l'âge[19]

[17] Ibid.

[18] Taux de mortalité normalisés selon l'âge; classification internationale des maladies (CIM).

[19] Taux rajusté représentant ce que le taux brut aurait été dans la population visée par l'étude (en l'occurrence de la population de la région desservie par le RLISS du Sud-Est) si cette population présentait la même répartition selon l'âge et le sexe que la population standard. Aux fins de ce rapport, la population standard est la population de l'Ontario en 2004. On peut comparer les taux normalisés selon l'âge et le sexe des divers RLISS.

- Maladies de l'appareil circulatoire
- Tumeurs
- Maladies du système respiratoire
- Causes externes de mortalité (p. ex., blessures)
- Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

De plus, l'espérance de vie à la naissance de la population desservie par le RLISS du Sud-Est se situe dans le quartile inférieur pour la province.

3.3.2 Pratiques de santé

On sait que les mauvaises pratiques de santé entraînent un risque accru de maladies chroniques, de mortalité et d'invalidité.

Comparé à la moyenne provinciale, la région du Sud-Est présente une prévalence plus forte de tabagisme quotidien et de consommation abusive d'alcool. Selon l'indice de masse corporelle, la prévalence combinée de surplus de poids et d'obésité est plus élevée dans la population du Sud-Est (52,2 %) que dans l'ensemble de l'Ontario (48,5 %).

Les résidents du Sud-Est sont toutefois plus susceptibles d'attacher leur ceinture de sécurité et moins susceptibles de déclarer avoir une vie stressante.

Le point d'accès initial à la plupart des soins médicaux est le médecin de première ligne. Les médecins jouent également un rôle-clé dans la coordination des soins et dans la gestion des maladies chroniques. Chose intéressante, malgré les nombreux commentaires recueillis lors de consultations communautaires concernant les difficultés qu'il y a à obtenir les services d'un médecin de famille, le pourcentage de personnes dans la région du RLISS du Sud-Est qui ont consulté un médecin est semblable à celui de l'ensemble de la province. La proportion de résidents du Sud-Est qui ont un médecin de famille (90,9 %) est légèrement inférieure à la moyenne provinciale tandis que le taux de personnes qui ont consulté un médecin de famille au cours de la dernière année est légèrement supérieur au taux provincial (81,8 %).

Le tableau qui suit compare la population du RLISS du Sud-Est avec celle de la province dans son ensemble pour ce qui est de certaines pratiques de santé choisies.

Tableau 3.6 : Pratiques de santé et utilisation de soins préventifs dans la population desservie par le RLISS du Sud-Est[20]

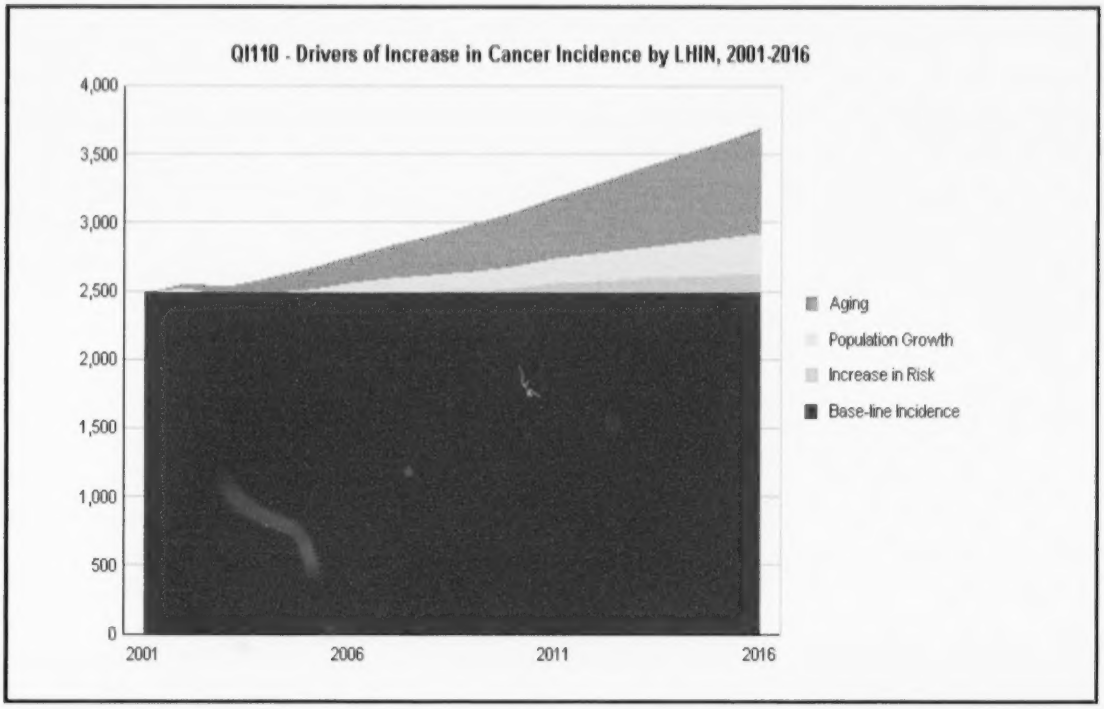
Indicateur de la santé	Total/ Moyenne Ontario	Sud-Est	Commentaires
Pratiques de santé, 2003 (et 2005, lorsque ces données sont disponibles)			
Fumeurs quotidiens (2005) - (12 ans et plus)	20,7 %	24,2 %	Quartile supérieur
Non-fumeurs exposés régulièrement à la fumée secondaire du tabac à la maison (2005)	7,3 %	9,9 %	Quartile supérieur
Buveurs excessifs (2005)	21,5 %	25,2 %	Quartile supérieur
Population qui consomme des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour (2005)	41,0 %	44,5 %	Quartile supérieur
Population (12 ans et plus) physiquement inactive (2005)	48,7 %	46,6 %	Quartile inférieur
Personnes obèses (18 ans et plus) (2005)	15,1 %	18,0 %	
Personnes obèses ou présentant un surplus de poids (18 ans et plus) (2005)	48,5 %	52,2 %	
Personnes ayant beaucoup de stress dans leur vie (18 ans et plus) (2005)	23,1 %	20,2 %	Quartile inférieur
Passagers (12 ans et plus) qui bouclent toujours leur ceinture	71,8 %	79,8 %	Quartile supérieur
Soins préventifs, 2003 (et 2005, lorsque ces données sont disponibles)			
Femmes de 50 à 69 ans qui ont subi une mammographie au cours des deux dernières années (2005)	70,8 %	67,3 %	
Femmes de 50 à 69 ans qui ont subi une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années (2005)	53,0 %	47,2 %	Quartile inférieur
Femmes de 18 ans et plus qui ont subi un test de Papanicolaou au cours des trois dernières années (2005)	72,9 %	75,5 %	Quartile supérieur
Personnes de 12 ans et plus qui ont reçu un vaccin contre la grippe au cours de la dernière année (2005)	41,1 %	49,3 %	Taux le plus élevé en Ontario
Personnes de 12 ans et plus qui ont un médecin de famille (2005)	91,1 %	90,9 %	
Personnes de 12 ans et plus qui ont consulté un médecin au cours de la dernière année	81,5 %	81,8 %	
Personnes âgées de 12 ans et plus qui ont consulté au moins un professionnel de la santé au cours de la dernière année	95,1 %	94,9 %	

3.3.3 Cancer

On s'attend à ce que le nombre de nouveaux cas de cancer augmente de façon constante au cours des 10 prochaines années. Le tableau qui suit illustre la montée du cancer dans la région desservie par le RLISS du Sud-Est. Cette augmentation sera attribuable surtout au vieillissement de la population. C'est là un point important dont le RLISS du Sud-Est doit tenir compte puisqu'au départ, il a une population de personnes âgées plus nombreuse que la moyenne provinciale.

[20] Ibid.

Tableau 3.7 : Incidence de cancer 2001- 2016



[Document source disponible en anglais seulement.]

QI110 – Facteurs qui feront augmenter l'incidence de cancer par RLISS, 2001-2016
Vieillissement
Croissance de population
Augmentation du risque
Incidence de base

L'augmentation prévue de l'incidence du cancer ainsi que l'amélioration des traitements donneront lieu à une augmentation annuelle du nombre de personnes vivant avec le cancer. Par conséquent, la demande de services donnés à ces personnes dans la collectivité et dans les établissements de santé est appelée à augmenter sur toute la ligne.

3.3.4 Maladies chroniques

Le RLISS du Sud-Est présente la prévalence d'arthrite/de rhumatisme et de maladies cardiaques la plus élevée de tous les RLISS de la province.

Le Sud-Est présente une prévalence considérablement plus forte d'arthrite et de rhumatisme, d'hypertension artérielle, d'asthme, de diabète, de maladies cardiaques et de bronchite chronique que la moyenne provinciale. La prévalence d'arthrite, de rhumatisme et de maladies cardiaques y est plus élevée que dans tous les autres RLISS de la province.

Les taux de prévalence de maladies chroniques ne sont pas normalisés selon l'âge. C'est pourquoi les régions comptant une proportion élevée de personnes âgées, comme la région du RLISS du Sud-Est, présenteront généralement des taux élevés de maladies chroniques.

De plus, dans une population comportant une prévalence plus forte de maladies chroniques, comme la population du RLISS du Sud-Est, on peut s'attendre à ce que le taux d'hospitalisations soit plus élevé que partout ailleurs dans la province.

Le tableau qui suit présente la prévalence de maladies chroniques (selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005) ainsi que les taux d'hospitalisations dans la région desservie par le RLISS du Sud-Est.

Tableau 3.8 : Prévalence de maladies chroniques et taux d'hospitalisations dans la région du Sud-Est[21]

Indicateur de la santé	Total/ Moyenne Ontario	Sud-Est	Commentaires
Prévalence de maladies chroniques, 2003 (et 2005 lorsque ces données sont disponibles)			
Personnes (12 ans et plus) atteintes d'arthrite/de rhumatisme (2005)	17,1 %	22,8 %	Quartile supérieur
Personnes (12 ans et plus) atteintes d'hypertension artérielle (2005)	15,2 %	19,1 %	Quartile supérieur
Personnes (12 ans et plus) atteintes d'asthme (2005)	8,0 %	11,2 %	Quartile supérieur
Personnes (12 ans et plus) atteintes de diabète (2005)	4,8 %	6,0 %	Quartile supérieur
Personnes (30 ans et plus) atteintes de maladies cardiaques	7,2 %	10,1 %	Taux le plus élevé en Ontario
Personnes (12 ans et plus) atteintes de bronchite chronique	2,7 %	3,0 %	Quartile supérieur
Taux de morbidité : Hospitalisation			
Taux brut d'hospitalisations par 100 000 personnes (2003-2004)	8 003,0	8 994,2	
Taux d'hospitalisations normalisé selon l'âge par 100 000 personnes	7 746,7	8 108,8	
Taux d'hospitalisations normalisé selon l'âge par chapitre de la CIM-10 (cinq chapitres les plus importants) et par 100 000 personnes (2003-2004)			
Troubles liés à la maternité	1 367,8	1 326,8	
Maladies de l'appareil circulatoire	1 007,5	1 123,6	
Maladies de l'appareil digestif	761,2	786,1	
Maladies de l'appareil respiratoire	624,6	700,9	
Blessures et empoisonnements	578,6	662,1	

[21] Ibid.

3.3.5 Population des Premières nations

Les études canadiennes sur la santé des Premières nations démontrent constamment que ces populations ont une espérance de vie plus courte et une moins bonne santé que l'ensemble de la population canadienne.

Bien que les données du MSSLD indiquent que 2 % des résidents du Sud-Est affirment avoir une appartenance à la population autochtone, le nombre des membres des Premières nations vivant dans le Sud-Est obtenu à partir du recensement, d'où provient ce pourcentage, est en fait inférieur au nombre réel parce que beaucoup d'Autochtones vivant dans des réserves n'ont pas rempli les formulaires de recensement. Le territoire Mohawk Tyendinaga compte parmi les 30 réserves autochtones au Canada qui n'ont pas participé au recensement de 2001. Par la suite, Statistique Canada a par la suite établi à 1 390 le nombre approximatif de personnes vivant dans la réserve de Tyendinaga en 2001.

Bien qu'il n'existe aucune donnée décrivant l'utilisation des services de santé et les résultats pour la santé se rapportant spécifiquement aux membres des Premières nations vivant dans la région desservie par le RLISS du Sud-Est, les études canadiennes sur la santé des populations autochtones démontrent constamment que ces populations ont une espérance de vie plus courte et une moins bonne santé que l'ensemble de la population canadienne.

Dans son rapport sur le profil de santé des Premières nations au Canada (2000)[22], Santé Canada fait les constatations suivantes :

- L'espérance de vie à la naissance de la population indienne inscrite est raccourcie de 7,4 années pour les hommes et de 5,2 années pour les femmes, comparé à l'espérance de vie de l'ensemble de la population canadienne.
- En 2000, le taux de mortalité infantile chez les Premières nations est de 6,4 décès pour 1 000 naissances vivantes (16 % de plus que le taux national qui était de 5,5 %. Le taux de mortalité infantile chez les Premières nations n'a jamais cessé de diminuer depuis 1979; il s'élevait alors à 27,6 décès pour 1 000 naissances vivantes.
- Ensemble, les maladies de l'appareil circulatoire (23 % de tous les décès) et les blessures (22 %) représentent près de la moitié des décès chez les Premières nations. Au Canada, les maladies de l'appareil circulatoire causent 37 % de tous les décès, suivies par le cancer (27 %). Les blessures non intentionnelles et le suicide représentent environ 6 % de

[22] Santé Canada, *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada pour l'année 2000.*"

tous les décès survenus chez les Premières nations au Canada.

- Chez les membres des Premières nations âgés de 1 à 44 ans, les blessures et l'empoisonnement sont les causes les plus fréquentes de décès. Chez les enfants de moins de 10 ans, les décès sont classés surtout dans la catégorie des décès involontaires (accidentels). Chez les personnes âgées de 45 ans et plus, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès.
- Chez les Premières nations, le nombre d'années potentielles de vie perdues en raison de blessures est supérieur à celui des autres causes de décès confondues, et presque 3,5 fois plus élevé que dans l'ensemble de la population canadienne.
- Les taux de couverture vaccinale pour les enfants de deux ans sont plus bas chez les Premières nations et ce, pour tous les antigènes.
- Les taux d'hospitalisations sont plus élevés chez les Premières nations que dans l'ensemble de la population canadienne, pour toutes les causes d'hospitalisation sauf les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers. Dans les cas où le diagnostic est une maladie respiratoire, un trouble digestif, une blessure ou un empoisonnement, les taux sont de deux à trois fois plus élevés chez les Premières nations que dans l'ensemble de la population canadienne.
- En 1997, le taux de tabagisme parmi les Premières nations s'élevait à 62 %. En 2000, les fumeurs représentaient 24 % de la population canadienne âgée de 15 ans et plus.

Très souvent, les populations des Premières nations n'ont pas accès à des services de santé primaires et communautaires parce que ces services ne sont pas offerts localement et qu'il existe des barrières culturelles.

Très souvent, les populations des Premières nations n'ont pas accès à des services de santé primaires et communautaires parce que ces services ne sont pas offerts localement et qu'il existe des barrières culturelles. Il s'ensuit que la population utilise moins de services de santé primaires et de prévention, comptant davantage sur les hôpitaux pour recevoir des soins actifs. Une analyse récemment effectuée en Saskatchewan sur les habitudes d'utilisation des hôpitaux a révélé ce qui suit :

- Dans la population indienne inscrite, le taux d'admission à l'hôpital était trois fois plus élevé que dans l'ensemble de la population pour les soins médicaux, et presque deux fois plus élevés que dans l'ensemble de la population pour les soins chirurgicaux.

- Les Indiens inscrits avaient moins tendance à obtenir des soins médicaux et chirurgicaux dans le cadre de traitements ambulatoires.
- Le taux d'admissions dans des établissements de santé mentale était de 40 % plus élevé dans la population indienne inscrite que dans l'ensemble de la population.

Il sera donc important de déterminer l'état de santé des populations autochtones de la région du RLISS du Sud-Est ainsi que leurs besoins en matière de services de santé.

3.3.6 Population francophone

Certaines collectivités de la région desservie par le RLISS du Sud-Est comptent une population francophone nombreuse et active.

Le nombre de francophones (c.-à-d. de personnes dont le français est la langue maternelle) qui vivent dans le Sud-Est de la province est plus faible que dans l'ensemble de la province. Certaines communautés dans la région desservie par le RLISS du Sud-Est comptent toutefois une population francophone nombreuse et active. En mai 2006, la ville de Kingston a été désignée comme une ville ayant une communauté francophone au sens où l'entend la *Loi sur les services en français* de l'Ontario. Par conséquent, tous les bureaux du gouvernement provincial (ministères et organismes) situés à Kingston offriront des services en français à compter du 1er mai 2009.

Les francophones vivant dans la région du RLISS du Sud-Est reçoivent le soutien de l'Association canadienne-française de l'Ontario (ACFO) Mille-Îles, un organisme sans but lucratif qui favorise le développement et le dynamisme de la communauté francophone de la région des Mille-Îles. ACFO Mille-Îles représente plus de 11 000 francophones établis dans la région qui se trouve entre Trenton, à l'ouest, et Brockville, à l'est.

Le manque d'accès aux services en français dans la région desservie par le RLISS du Sud-Est affecte la qualité des services de santé et la santé des résidents francophones.

L'une des questions prioritaires dont s'occupe ACFO Mille-Îles est celle de l'accès de la population francophone à des ressources locales de santé et de services sociaux en français.

En 2004, l'AFCO Mille-Îles a dressé un inventaire des ressources en français qui existent dans la région de Kingston[23]. Cette étude a révélé ce qui suit :

- La disponibilité des services en français offerts à la population locale et l'accès à ces services étaient à peu

[23] Recherche sur la disponibilité des ressources en français dans les domaines de la santé et des services sociaux dans la région de Kingston, novembre 2004, Association canadienne-française de l'Ontario (ACFO), Conseil régional des Mille-Îles.

près nuls, et les services qui existent sont difficiles à trouver.

- Lorsque ces services existent, il faut en faire explicitement la demande pour y avoir accès. Dans 79 % des cas (ou quatre cas sur cinq), les gens doivent spécifiquement demander des services en français pour que les arrangements nécessaires soient pris avec le personnel ou les bénévoles disponibles.
- 50 % des répondants ont déclaré avoir du personnel bilingue, mais une grande proportion des personnes bilingues n'ont pas été engagées en raison de leur bilinguisme (c'est donc par chance que des services soient offerts au public en français).

Les points suivants ont été décrits comme des obstacles à la prestation des services en français :

- La nécessité d'offrir des services en français n'a pas été documentée (54 %)
- Le manque de fonds (28 %), et
- Le manque de personnel bilingue (25 %).

Dans un rapport publié en 2001, la Fédération des Communautés Francophones et Acadienne du Canada[24] expliquait que le manque de services de santé en français :

- réduisait la probabilité que les services de santé soient utilisés à des fins de prévention
- augmentait le temps requis pour les consultations ainsi que le recours à des tests diagnostiques, et augmentait également le risque d'erreur dans le diagnostic et le traitement
- avait un impact sur la qualité des soins, rendait l'observance du traitement moins probable et diminuait la satisfaction à l'égard des soins et des services.

Une étude plus récente[25] menée par l'Institut franco-ontarien de l'Université Laurentienne et le bureau de santé publique de Sudbury et du district faisait ressortir que :

---

[24] « Improving Access to French-Language Health Services », étude coordonnée par la Fédération des Communautés Francophones et Acadienne (FCFA) du Canada pour le comité consultatif sur les communautés minoritaires francophones, juin 2001.

[25] « Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario », Institut franco-ontarien de l'Université Laurentienne, Programme de recherche, d'éducation et

- les francophones se perçoivent comme ayant une santé moins bonne que l'ensemble de la population de l'Ontario, et
- les taux de maladies chroniques chez les francophones et dans l'ensemble de la population de l'Ontario n'affichent aucune différence majeure.

Les trois études que nous venons de mentionner suggèrent que le manque d'accès aux services en français dans le RLISS du Sud-Est affecte la qualité des services de santé et la santé des résidents francophones.

3.4 Utilisation des services de santé

Les statistiques démographiques ont été appariées avec les données sur l'utilisation dans le but de déterminer le taux actuel d'utilisation des services de santé par l'ensemble de la population et les populations spéciales vivant à l'intérieur des limites géographiques du RLISS du Sud-Est. Ces statistiques ainsi que les indicateurs socioéconomiques et de l'état de santé nous permettent de comprendre et de mesurer les besoins de la population en matière des services de santé.

3.4.1 Utilisation des soins de santé primaires

Vu le taux élevé de personnes âgées vivant dans la région desservie par le RLISS du Sud-Est, la région doit avoir une capacité relativement plus grande de soins de santé primaires.

Les soins de santé primaires sont définis comme un ensemble de services de première ligne qui servent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostiques, curatifs, de réadaptation, de soutien et palliatifs[26].

Le tableau qui suit illustre le coût moyen des services de santé primaires fournis par les médecins aux résidents[27] de la région desservie par le RLISS du Sud-Est, par personne et selon l'âge et le sexe. Comme on peut le constater, le nombre moyen de services de santé primaires par personne augmente considérablement avec l'âge. Il s'ensuit qu'avec le taux élevé de personnes âgées vivant dans la région, le RLISS doit avoir une capacité relativement plus grande de soins de santé primaires.

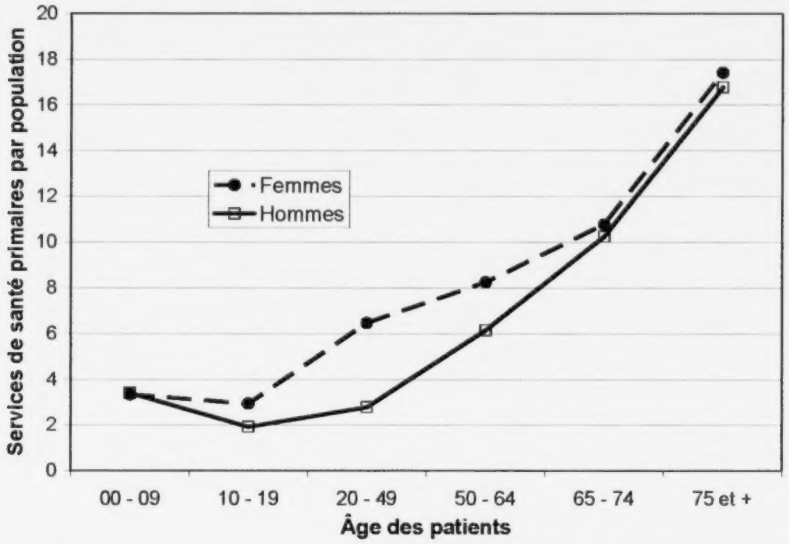
---

de développement en santé publique de l'Ontario et Service de santé publique de Sudbury et du district, décembre 2005.

[26] Lamarche, P., Beaulieu, M., Pineault, R., Contandriopoulos, A., Denis, J. et Haggerty, J. *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (novembre 2005).

[27] Il n'existe pour le moment aucune donnée sur les services de santé primaires fournis par d'autres professionnels de la santé.

Tableau 3.9 : Services de santé primaires par personne dans la région du RLISS du Sud-Est, selon l'âge et le sexe des patients[28]



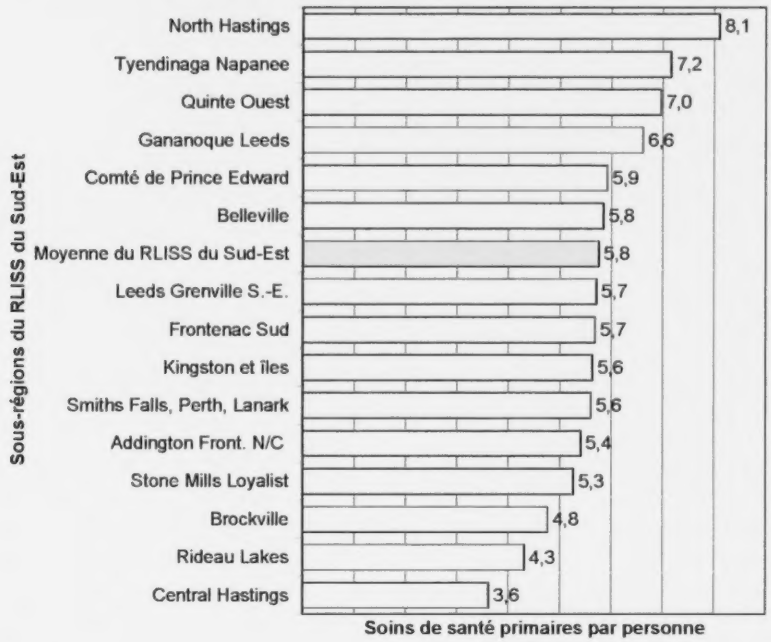
En 2004-2005, les résidents de la région du RLISS du Sud-Est ont utilisé en moyenne 5,8 services de soins primaires par personne dispensés par des médecins rémunérés à l'acte. Les résidents de North Hastings, Tyendinaga Napanee et Quinte Ouest ont fait la plus grande utilisation des services de santé primaires. Ceux de Central Hastings, Rideau Lakes et Brockville ont fait la plus faible utilisation de soins primaires. Il est important de souligner que ces statistiques peuvent être déroutantes parce qu'elles se fondent sur les paiements à l'acte versés aux médecins de première ligne et que, par conséquent, les visites aux médecins de première ligne exerçant dans les centres de santé communautaires ou participant à la Southeastern Ontario Academic Medical Organization[29] (SEAMO) sont exclus des statistiques.

---

[28] Base de données sur les soins primaires rémunérés à l'acte de l'OHIP, MSSLD 2004-2005, sommaires fournis par le groupe chargé du soutien en GI donné aux RLISS.

[29] SEAMO cotise à un autre régime de financement qui verse un paiement mensuel unique négocié provenant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ce régime remplace les paiements à l'acte autrefois versés aux médecins ainsi que plusieurs autres formules de financement. L'entente englobe la mission de la faculté de médecine pour inclure la prestation de services cliniques fournis par ses membres, l'éducation des futurs médecins et la participation du corps professoral à l'éducation d'autres professionnels de la santé, ainsi que la recherche et des bourses d'études. Quelque 200 membres à temps plein de la faculté de médecine de l'Université Queen's et 15 à temps partiel sont rémunérés en vertu de l'entente SEAMO.

Tableau 3.10 : Services de médecins normalisés[30] selon l'âge et le sexe par sous-région du RLISS du Sud-Est



3.4.1.1 Emplacement des médecins de première ligne

Le tableau qui suit compare l'emplacement des patients à l'emplacement des médecins de première ligne[31].

89 % des services de soins primaires utilisés par les résidents de la région du RLISS du Sud-Est sont fournis par des médecins exerçant à l'intérieur de la région.

Soixante-deux pour cent (62 %) des services de santé primaires utilisés par les résidents de la région du RLISS du Sud Est sont fournis par des médecins qui travaillent dans la sous-région où vivent les patients. 27 % de ces services sont fournis par des médecins exerçant ailleurs dans la région du RLISS du Sud-Est. 11 % des services de soins primaires sont fournis par des médecins exerçant en dehors de la région desservie par le RLISS du Sud-Est.

---

[30] Le taux normalisé selon l'âge et le sexe est un taux rajusté représentant ce que le taux brut aurait été dans la population visée par l'étude (en l'occurrence celle de la région du RLISS du Sud-Est) si cette population avait la même répartition selon l'âge et le sexe que la population standard. Aux fins de ce rapport, la population standard est la population de l'Ontario en 2004. On peut comparer les taux normalisés selon l'âge et le sexe des divers RLISS.

[31] L'emplacement des médecins de première ligne est établi en fonction de leur adresse de facturation, qui ne correspond pas nécessairement à l'endroit où ils fournissent des soins.

Les résidents de Frontenac Sud, Rideau Lakes et Stone Mills Loyalist sont les plus susceptibles d'avoir à se déplacer ailleurs dans la région du RLISS du Sud-Est pour obtenir les soins d'un médecin de première ligne.

Les résidents de Kingston, Belleville et Brockville sont ceux qui, en toute probabilité, reçoivent leurs services de santé primaires de médecins exerçant dans leur collectivité. Les résidents de Frontenac Sud, Rideau Lakes et Stone Mills Loyalist sont les plus susceptibles d'avoir à se déplacer ailleurs dans la région du RLISS du Sud-Est pour obtenir les soins d'un médecin de première ligne. Les résidents de Leeds Grenville Sud-Est, North Hastings et Central Hastings sont ceux qui devront probablement sortir de la région du RLISS du Sud-Est pour obtenir des soins primaires.

Tableau 3.11 : Services de médecins de première ligne fournis aux résidents des sous-régions du RLISS du Sud-Est, selon l'endroit où exercent les médecins, 2004-2005

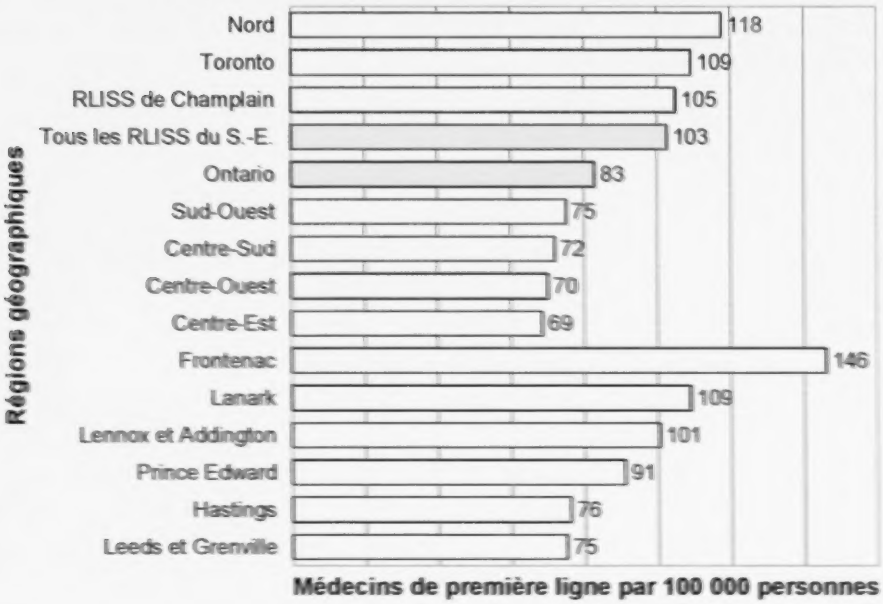
Sous-région du patient	Emplacement du fournisseur de première ligne		
	Même sous-région	Ailleurs dans le RLISS du S.-E.	À l'extérieur du RLISS du S.-E.
Addington Front. N/C	43 %	44 %	13 %
Belleville	71 %	19 %	10 %
Brockville	70 %	19 %	11 %
Central Hastings	27 %	52 %	21 %
Gananoque Leeds	64 %	32 %	5 %
Kingston et îles	83 %	11 %	6 %
North Hastings	66 %	7 %	27 %
Comté de Prince Edward	54 %	36 %	10 %
Quinte Ouest	56 %	31 %	13 %
Rideau Lakes	12 %	74 %	14 %
Leeds Grenville S.-E.	31 %	39 %	30 %
Smiths Falls, Perth, Lanark	68 %	12 %	20 %
Frontenac Sud	11 %	83 %	6 %
Stone Mills Loyalist	29 %	66 %	5 %
Tyendinaga Napanee	63 %	31 %	6 %
Grand total	62 %	27 %	11 %

3.4.1.2 Effectif de médecins de première ligne

En 2004, le nombre de médecins de première ligne par 100 000 personnes dans la région du RLISS du Sud-Est était de 24 % plus élevé que la moyenne provinciale, établie à 83.

L'Ontario Physician Human Resource Data Centre (OPHRDC) recueille des données provinciales sur l'effectif de médecins selon l'âge et le sexe, l'emplacement géographique et la spécialité. Le tableau suivant présente le nombre de médecins de première ligne par 100 000 personnes dans les comtés situés dans la région du RLISS du Sud-Est ainsi que pour les régions de planification du MSSLD en 2004. Il y avait alors 103 médecins de première ligne par 100 000 personnes qui exerçaient dans la région du RLISS du Sud-Est, ce qui représente un taux de 24 % plus élevé que la moyenne provinciale, établie à 83.

Tableau 3.12 : Médecins de première ligne par 100 000 personnes, par comté inclus dans la région du RLISS du Sud-Est et par région de planification du MSSLD, 2004[32,33]



Une étude effectuée par l'ICES conclut que, si l'on tient compte de tous les rajustements, l'effectif de médecins de la région de l'Est de l'Ontario est semblable à la moyenne provinciale.

Bien que les données de l'OPHRDC suggèrent que l'effectif de médecins de première ligne dans le Sud-Est est plus grand que la moyenne provinciale, cette analyse comporte certaines limitations :

- Le calcul des médecins par personne se fonde sur des taux bruts et ne tient pas compte de la population plus âgée de la région du RLISS du Sud-Est.
- L'analyse de l'effectif de médecins effectuée par l'Institute of Clinical Evaluative Sciences (ICES) se fonde sur les données de 2001-2002 et fait ressortir que, bien que le ratio médecins-population de l'Est de l'Ontario (RLISS du Sud-Est et de Champlain) se situe bien au-dessus de la moyenne provinciale, la région de l'Est compte un plus grand nombre de médecins travaillant à temps partiel que les autres régions et qu'un plus grand nombre de médecins généralistes exercent en tant que « quasi spécialistes ». Aussi, l'ICES conclut que, si l'on tient compte de tous les

[32] Physicians in Ontario 2004, Ontario Physician Human Resource Data Centre. Les données sont disponibles seulement à l'échelon du comté et ne tiennent pas compte du fait que certains comtés chevauchent plus d'un RLISS.

[33] Ces médecins sont désignés par le terme « médecins non spécialistes » par Physicians in Ontario 2004, Ontario Physician Human Resource Data Centre.

rajustements, l'effectif de médecins de la région de l'Est de l'Ontario est semblable à la moyenne provinciale »[34].

3.4.1.3 Troubles propices au traitement ambulatoire

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)[35] inclut certains types d'hospitalisations dans la catégorie des « troubles propices au traitement ambulatoire », ce qui signifie que, si les soins primaires appropriés avaient été disponibles, il aurait été possible d'éviter d'hospitaliser un patient, soit parce que son état ne se serait pas détérioré au point d'exiger l'hospitalisation, soit parce que le traitement aurait pu être assuré dans un contexte ambulatoire. Les troubles propices au traitement ambulatoire sont les suivants :

- Pneumonie
- Insuffisance cardiaque congestive
- Asthme
- Cellulite
- Ulcère
- Pyélonéphrite
- Diabète
- Appendice perforante
- Hypertension
- Hypokaliémie
- Maladies évitables par la vaccination
- Gangrène

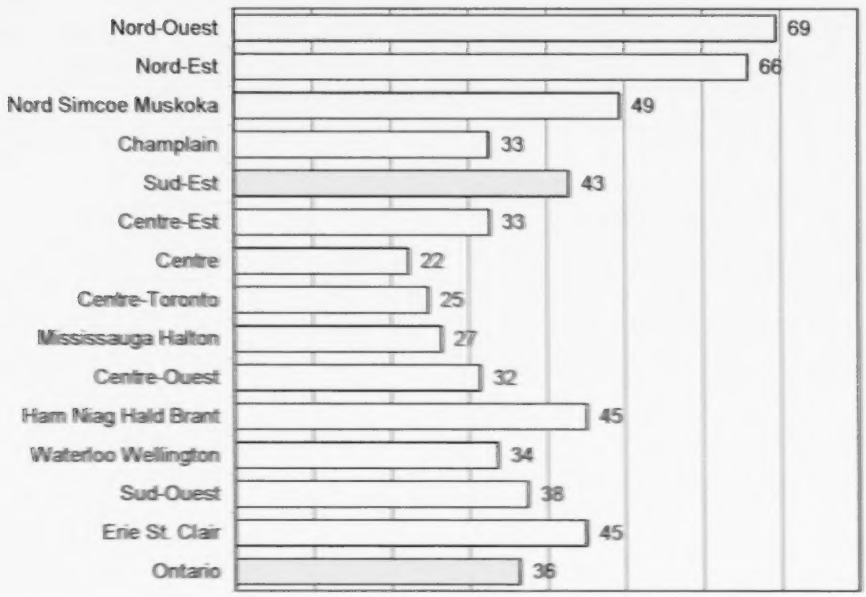
Le RLISS du Sud-Est se classe au quatrième rang des 12 RLISS du Sud de l'Ontario pour ce qui est du taux d'hospitalisation de patients atteints de troubles propices au traitement ambulatoire. L'amélioration des soins de santé primaires dans la région du RLISS du Sud-Est aidera à réduire le taux d'hospitalisations pour ces troubles.

---

[34] Rapport d'enquête de l'ICIS, « Supply and Utilization of General Practitioner and Family Physician Services in Ontario », août 2005.

[35] ICIS, « Les soins de santé au Canada », 2006.

Tableau 3.13 : Congés accordés pour des « troubles propices au traitement ambulatoire » par 10 000 habitants, normalisés selon l'âge et le sexe, par RLISS, 2004-2005



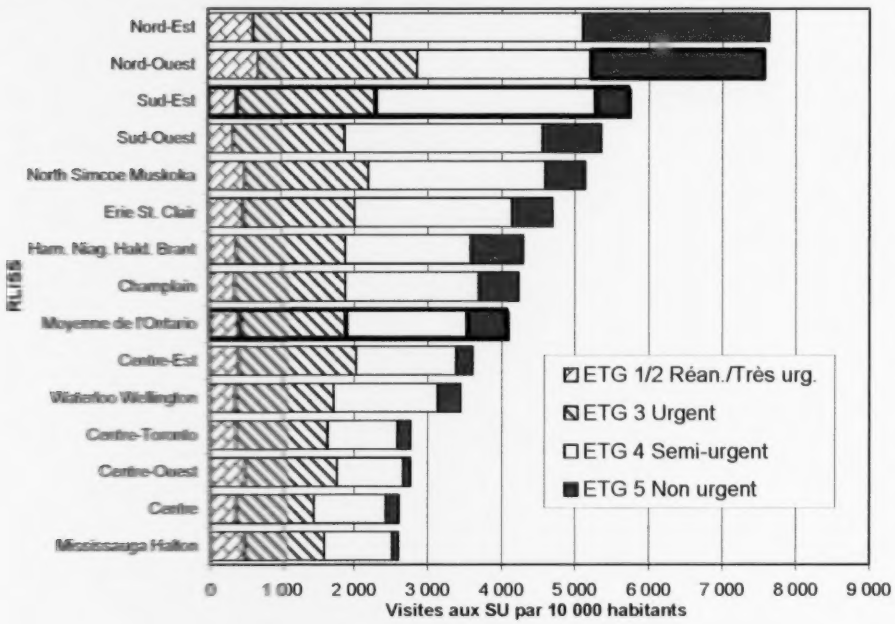
3.4.2 Utilisation des salles d'urgence des hôpitaux

La région du RLISS du Sud-Est présente le taux le plus élevé de visites aux salles d'urgence de tous les RLISS du Sud de l'Ontario.

Le Sud-Est de la province se classe au troisième rang pour les visites aux salles d'urgence par population, et affiche le taux le plus élevé de tous les RLISS du Sud de la province. Le tableau qui suit illustre l'utilisation par population des services d'urgence, normalisée selon l'âge et le sexe, par RLISS (en fonction du lieu de résidence des patients), et selon les divers niveaux de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG). Tous les hôpitaux de l'Ontario sont tenus de relever les visites dans leurs services d'urgence et de classer ces visites d'après les catégories de l'ETG. Les cinq niveaux de l'ETG sont les suivants :

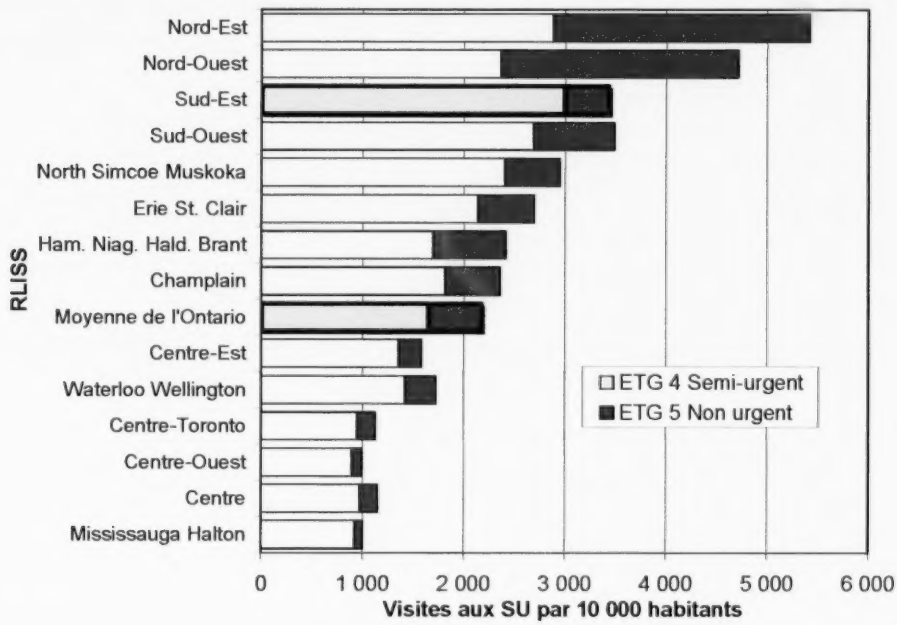
- ETG 1 – Réanimation
- ETG 2 – Très urgent
- ETG 3 – Urgent
- ETG 4 – Semi-urgent
- ETG 5 – Non urgent

Tableau 3.14 : Visites dans les salles d'urgence par 10 000 habitants normalisées selon l'âge et le sexe, par RLISS, 2004-2005



La différence qui existe entre le RLISS du Sud-Est et les autres RLISS du Sud-Est pour ce qui est de l'utilisation des services d'urgence s'explique surtout par les soins semi-urgents et non urgents. Le tableau qui suit compare l'utilisation des services non urgents et semi-urgents dans les RLISS.

Tableau 3.15 : Services non urgents (ETG 5) et semi-urgents (ETG 4) fournis dans les salles d'urgence par 10 000 habitants et par RLISS, 2004-2005



L'amélioration des soins de santé primaires pourrait, d'une part, donner lieu à une meilleure continuité des soins donnés aux patients et, d'autre part, réduire le nombre de visites aux salles d'urgence et le nombre d'hospitalisations.

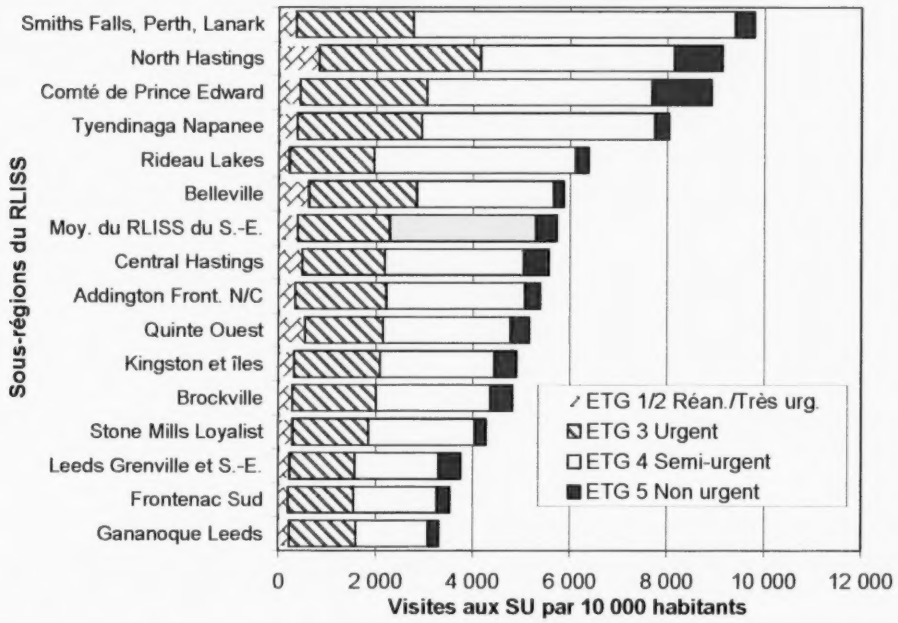
Comme on peut le voir, le taux de visites aux salles d'urgence de la région du RLISS du Sud-Est pour des services non urgents et semi-urgents se classe au quatrième rang de la province et représente plus que le triple des taux des quatre RLISS de la région du grand Toronto. Cette différence s'explique essentiellement par les services semi-urgents donnés dans les salles d'urgence (ETG 4). Le taux de services semi-urgents donnés dans les salles d'urgence du RLISS du Sud-Est, le plus élevé de l'Ontario, est supérieur de 60 % à la moyenne provinciale et représente presque le triple des taux de quatre RLISS de la région du grand Toronto.

Le taux élevé de visites aux salles d'urgence du RLISS du Sud-Est pour des services non urgents et semi-urgents fait ressortir qu'il est certainement possible de rendre d'autres services de santé communautaires plus disponibles et plus accessibles, pour que les gens comptent moins sur les services d'urgence. L'amélioration des soins de santé primaires pourrait, d'une part, donner lieu à une meilleure continuité des soins donnés aux patients et, d'autre part, réduire le nombre de visites dans les salles d'urgence et le nombre d'hospitalisations. Bien que les soins des médecins de première ligne ne soient pas directement du ressort des RLISS (sauf dans le cas des centres de santé communautaires), il est très clair que les besoins en matière de services de santé au niveau du RLISS dans le Sud-Est de la province dépendront

en grande partie des capacités et de l'organisation du système de soins de santé primaires.

L'utilisation des services fournis par les salles d'urgence varie d'une région à l'autre au sein du RLISS. Le taux d'utilisation le plus bas se retrouve à Gananoque Leeds et Frontenac Sud, tandis que Smiths Falls, Perth et Lanark présentent le taux le plus élevé. Le tableau suivant illustre l'utilisation des salles d'urgence par sous-région géographique à l'intérieur du RLISS du Sud-Est.

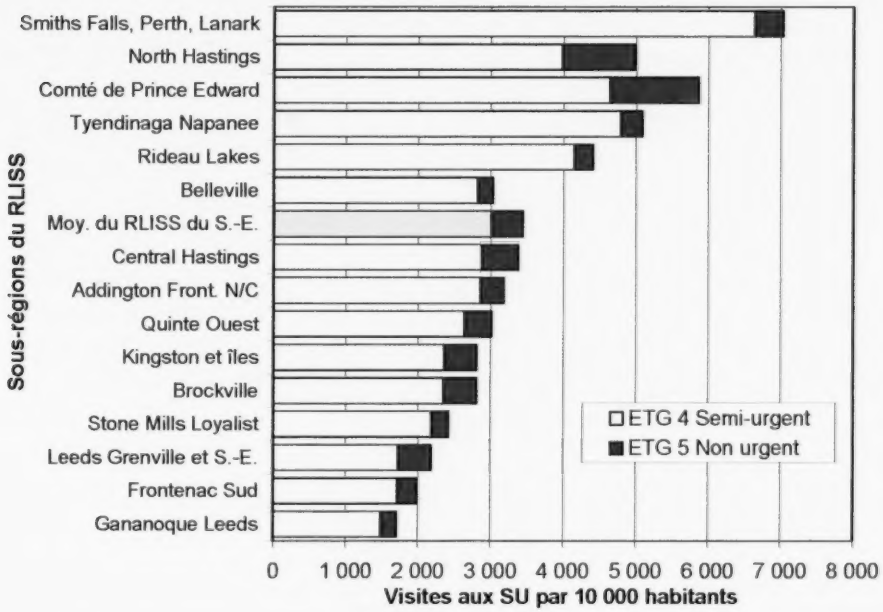
Tableau 3.16 : Visites aux SU par 10 000 habitants, normalisées selon l'âge et le sexe, par sous-région du RLISS du Sud-Est, 2004-2005



À Perth, Smiths Falls et Lanark, le taux de visites aux SU pour des services non urgents représente plus que le triple du taux de Gananoque Leeds et Frontenac Sud.

De la même façon, l'utilisation des salles d'urgence pour des soins semi-urgents et non urgents varie beaucoup d'un endroit à l'autre. À Perth, Smiths Falls et Lanark, ce taux représente plus que le triple du taux de Gananoque Leeds et Frontenac Sud. Le tableau qui suit présente les taux de visites aux salles d'urgence pour des soins semi-urgents et non urgents par sous-région.

Tableau 3.17 : Visites aux salles d'urgence pour des services semi-urgents et non urgents par 10 000 habitants, normalisées selon l'âge et le sexe, par sous-région du RLISS du Sud-Est, 2004-2005



3.4.3 *Utilisation des hôpitaux de soins actifs*

Les deux tiers du financement de base accordé aux organismes fournisseurs de soins de santé liés au RLISS du Sud-Est sont affectés aux services hospitaliers.

Les deux tiers du financement de base accordé aux organismes fournisseurs de soins de santé liés au RLISS du Sud-Est sont affectés aux services hospitaliers. La majeure partie des fonds a servi à la prestation de soins actifs aux patients hospitalisés et aux interventions chirurgicales ambulatoires. Lorsque le RLISS du Sud-Est évaluera ses priorités en matière d'intégration, il lui faudra bien comprendre comment les soins actifs dans les hôpitaux sont utilisés par les résidents de la région et par les résidents de régions d'autres RLISS qui comptent sur les hôpitaux du Sud-Est, et comment les services leur sont offerts.

Les systèmes de données conçus pour tenir compte de l'utilisation des soins actifs dans les hôpitaux sont plus développés que ceux des autres secteurs médicaux. Les données sur les soins actifs servent souvent à déterminer l'impact que peut avoir le manque de soins médicaux primaires et d'autres services communautaires.

Pour ces raisons, l'analyse de la situation actuelle effectuée pour le RLISS du Sud-Est a porté en grande partie sur les habitudes d'utilisation des soins actifs.

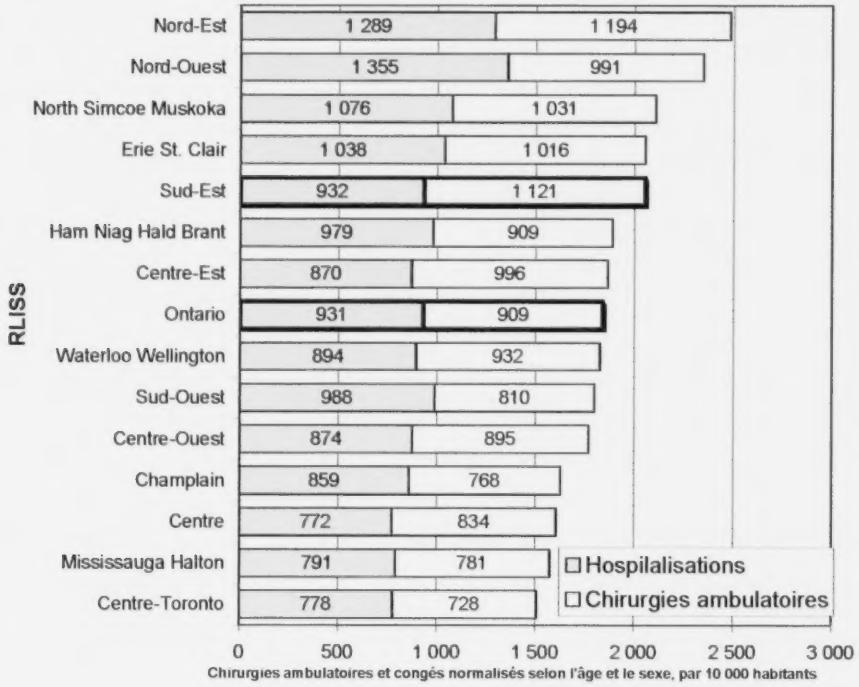
Le nombre de congés donnés par les hôpitaux par 10 000 personnes représente un facteur de base permettant de mesurer le taux d'utilisation des soins actifs, rajusté selon l'âge et le sexe de la population. L'ajustement des taux d'utilisation tient compte des différences qui existent dans la composition démographique de la population. C'est ce que l'on appelle la « normalisation ». Tous les taux d'utilisation des soins actifs mentionnés dans ce chapitre ont été normalisés selon le sexe et l'âge (à l'aide de groupes d'âge de cinq ans), à moins d'indication contraire.

Le taux d'utilisation des hôpitaux affiché par le RLISS du Sud-Est arrive au cinquième rang de la province et dépasse celui des autres RLISS dans lesquels la plupart des soins actifs sont fournis par des centres hospitaliers universitaires.

Le tableau qui suit illustre les taux d'utilisation des services de chirurgie pour malades hospitalisés et de chirurgies ambulatoires par 10 000 personnes, normalisés selon l'âge et le sexe de la population desservie par chaque RLISS. Ce taux représente la fréquence à laquelle les résidents servis par un RLISS sont hospitalisés, sans égard à l'emplacement. Le taux d'utilisation des hôpitaux du RLISS du Sud-Est arrive au cinquième rang de la province et dépasse celui des autres RLISS dans lesquels la plupart des soins actifs sont fournis par des centres hospitaliers universitaires[36]. Les régions desservies par des centres médicaux hospitaliers universitaires présentent habituellement des taux peu élevés d'utilisation de soins actifs. Le plus souvent, cette situation est attribuable au fait que l'accent est mis sur l'exercice de la médecine fondée sur l'expérience clinique (qui réduit le nombre d'hospitalisations), qu'il existe des services de santé communautaires complémentaires et que le système de santé primaire est solide et permet de ne pas dépendre autant des soins actifs.

[36] À l'intérieur du RLISS du Sud-Est, on retrouve le Centre des sciences de la santé du Sud-est de l'Ontario. Les autres RLISS dotés d'un centre de sciences de la santé universitaire sont ceux de Toronto Centre, de Champlain, du Sud-Ouest et de Hamilton, Niagara, Haldimand Brant.

Tableau 3.18 : Chirurgies ambulatoires et total des congés des patients hospitalisés par 10 000 habitants, normalisés selon l'âge et le sexe, par RLISS, 2004-2005[37]



Les taux plus élevés d'utilisation des hôpitaux indiquent qu'il y moins de services ambulatoires et communautaires disponibles et qu'il faut donc hospitaliser un plus grand nombre de patients ayant besoin de soins actifs. Pour évaluer l'impact de cette situation sur les résidents de la région du Sud-Est, nous avons catégorisé les soins actifs donnés aux patients hospitalisés par « niveau de soins » pour voir si la plus grande utilisation est concentrée dans les services hospitaliers de base pour lesquels l'hospitalisation pourrait être évitée (dans une large mesure) s'il y avait en place un système de santé solide et plus complet. Un niveau de soins a été attribué aux cas d'hospitalisation pour des soins actifs à l'aide de la méthodologie de Hay[38], qui définit les cas comme appartenant à la catégorie des soins primaires[39], des soins

[37] ICIS, base de données sur les congés des patients (DAD), Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Ontario, 2004-2005, et ébauche non publiée d'un rapport du ministère des Finances de l'Ontario portant sur les estimations démographiques 2004 par RLISS.

[38] Cette méthodologie est expliquée plus en détails dans l'une des annexes de ce plan d'intégration des services de santé.

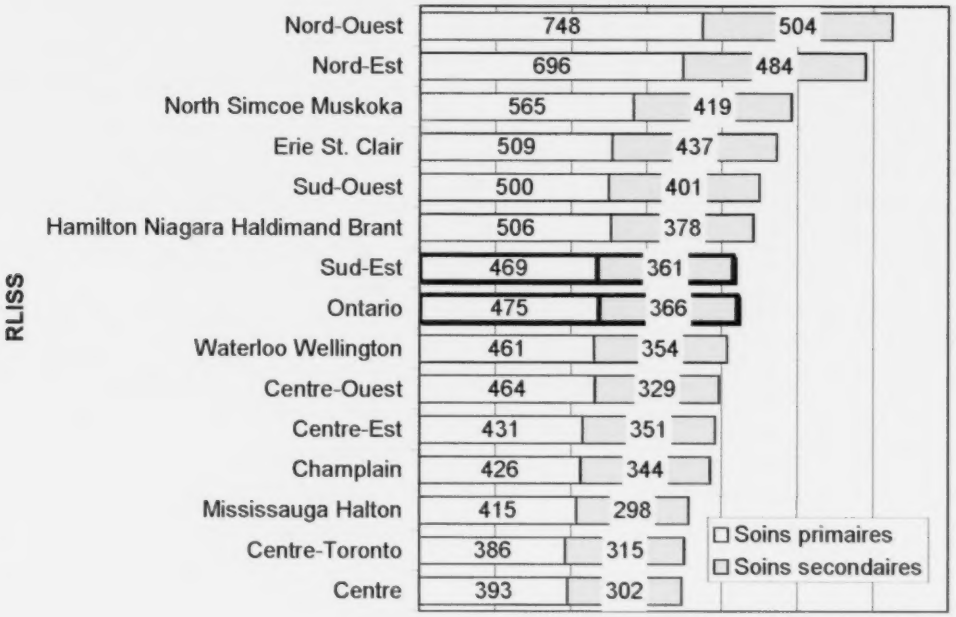
[39] La catégorie des « soins primaires » de l'algorithme des niveaux de soins de Hay inclut les soins hospitaliers de base (c.-à-d. les soins que tous les hôpitaux de

secondaires ou des soins tertiaires/quaternaires, selon l'âge des patients, le groupe composant la clientèle et la « complexité du cas ». La méthodologie des niveaux de soins de Hay est décrite dans l'une des annexes de ce plan d'intégration des services de santé.

Le taux d'utilisation des soins actifs primaires et secondaires par les patients hospitalisés dans la région du RLISS du Sud-Est est à peu près égal à la moyenne provinciale.

Fait intéressant, le taux d'utilisation des soins actifs primaires et secondaires par les patients hospitalisés dans la région du RLISS du Sud-Est est à peu près égal à la moyenne provinciale. Tous les hôpitaux de soins actifs dans la région du Sud-Est dispensent des soins actifs primaires. Tous les hôpitaux de la région, sauf les très petits (c'est-à-dire ceux qui n'offrent pas de chirurgies ambulatoires ou de services d'obstétrique) dispensent des soins actifs secondaires. Cela laisse supposer que, dans cette région, on n'a pas recours à l'hospitalisation plus qu'ailleurs en Ontario pour compenser le manque de services communautaires.

Tableau 3.19 : Congés des patients hospitalisés ayant reçu des soins primaires et secondaires par 10 000 habitants, normalisés selon l'âge et le sexe, par RLISS, 2004-2005[40]



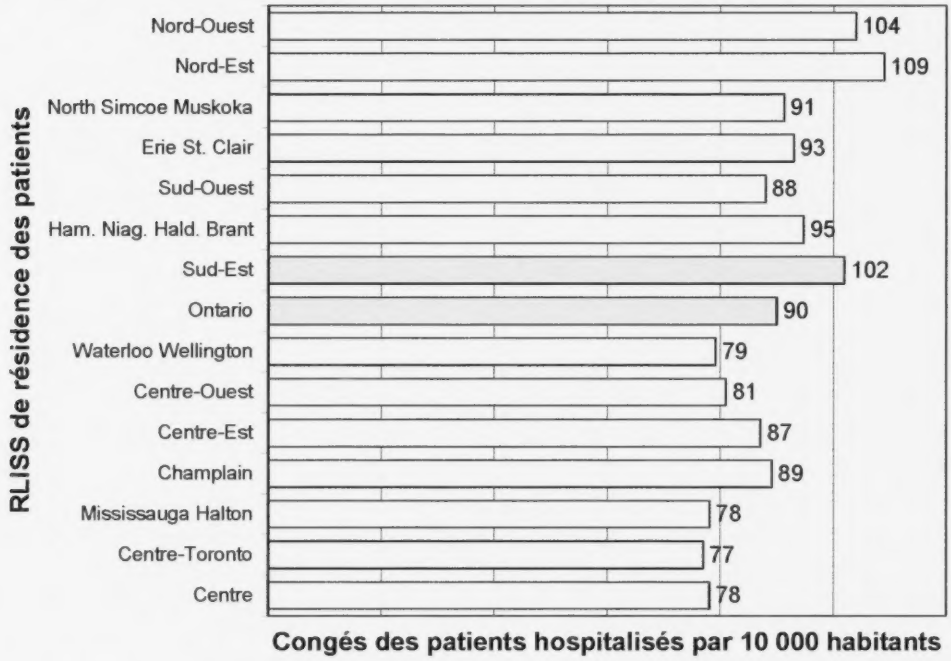
soins actifs devraient normalement être capables de fournir). Il ne faut toutefois pas confondre cette catégorie avec celle des soins primaires communautaires.

[40] Base de données de l'ICIS sur les congés des patients, Ontario, 2004-2005, et ébauche non publiée d'un rapport du ministère des Finances de l'Ontario sur les estimations démographiques 2004 par RLISS.

Le taux élevé d'utilisation de soins actifs tertiaires témoigne du fardeau plus lourd de la maladie dans la région du RLISS du Sud-Est et de la disponibilité des services fournis par le Centre des sciences de la santé du Sud-est de l'Ontario..

Toutefois, le taux d'utilisation des soins actifs tertiaires/ quaternaires par les patients hospitalisés de la région du RLISS du Sud-Est arrive au deuxième rang de la province. Cela signifie que les services tertiaires et quaternaires sont relativement accessibles aux résidents de la région, probablement en raison de la présence du Centre des sciences de la santé à Kingston, et en raison également de la population relativement petite desservie par le RLISS (comparé aux autres RLISS desservis par les quatre autres centres hospitaliers universitaires situés à Hamilton, Toronto, Ottawa et London). Ce taux d'utilisation reflète probablement le fardeau relativement lourd de la maladie dans la population de la région du Sud-Est. Le tableau qui suit montre les taux d'utilisation de soins tertiaires et quaternaires donnés aux patients hospitalisés, par RLISS. L'hospitalisation des patients pour des soins tertiaires et quaternaires inclut les cas médicaux complexes, les cas de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie, et les transplantations d'organes. Les soins actifs tertiaires et quaternaires donnés aux patients hospitalisés sont habituellement dispensés par les centres hospitaliers universitaires (tels que les hôpitaux de soins actifs à Kingston) ou les grands établissements régionaux de soins actifs.

Tableau 3.20 : Congés des patients hospitalisés ayant reçu des soins tertiaires/quaternaires par 10 000 habitants, normalisés selon l'âge et le sexe, par RLISS, 2004-2005[41]



Le MSSLD a créé des « catégories de grappes de programmes » (CGP) qui lui permettent de grouper les cas de patients hospitalisés qui seront gérés par une même spécialité ou sous-spécialité médicale. Le tableau qui suit présente les taux d'utilisation de soins actifs par les patients hospitalisés, normalisés selon l'âge et le sexe pour chaque CGP en Ontario et dans le RLISS du Sud-Est. La colonne des commentaires situe le RLISS du Sud-Est par rapport aux 14 RLISS de la province.

Les taux d'utilisation des soins actifs par les patients hospitalisés dans le RLISS du Sud-Est se trouvent dans le quartile supérieur de l'Ontario pour les CGP suivants :

- Pulmonaire
- Cardio-thoracique
- Neurochirurgie

[41] Base de données de l'ICIS sur les congés des patients, Ontario, 2004-2005, et ébauche non publiée d'un rapport du ministère des Finances de l'Ontario portant sur les estimations démographiques 2004 par RLISS..

Les taux d'utilisation de soins actifs aux patients hospitalisés du RLISS du Sud-Est se trouvent dans le quartile inférieur de l'Ontario pour les CGP suivants :

- Chirurgie générale
- Otolaryngologie (taux le plus bas en Ontario)
- Chirurgie plastique
- Généralement non hospitalisés (taux le plus bas en Ontario)
- Ophtalmologie
- Dermatologie
- Chirurgie dentaire/buccale

Lors des séances de consultation, on a indiqué qu'il y a présentement un manque de chirurgiens plasticiens et de dermatologues dans la région du RLISS du Sud-Est. Ce manque explique probablement pourquoi les taux d'hospitalisation pour ces types de services sont peu élevés.

De plus, dans les CGP où les taux d'utilisation de soins actifs aux patients hospitalisés de la région du RLISS du Sud-Est sont bas, ces services sont probablement donnés dans le cadre de programmes de chirurgie ambulatoire (p. ex., otolaryngologie, chirurgie plastique, ophtalmologie, dermatologie, chirurgie dentaire/buccale). Comme on peut le voir dans le tableau 3.16, le RLISS du Sud-Est affiche un taux relativement élevé d'utilisation de services de chirurgie ambulatoire (2^{e} rang de la province), ce qui explique probablement le taux peu élevé d'hospitalisations pour ce type de cas.

Tableau 3.21 : Congés des patients par 10 000 habitants, normalisés selon l'âge et le sexe, par catégorie de grappes de programmes, 2004-2005[42]

Catégorie de grappes de programmes	Moyenne de l'Ontario	RLISS du S.-E.	Commentaire - Taux du RLISS du S.-E.
Total des hospitalisations	928,4	930,8	
Obstétrique	126,0	121,6	
Néonatologie	117,5	112,2	
Cardiologie	86,0	88,0	
Chirurgie générale	68,6	59,0	Quartile inférieur
Gastro-hépatobiliaire	64,2	64,0	
Pulmonaire	61,6	69,1	Quartile supérieur
Psychiatrie	55,1	59,2	
Orthopédie	49,0	56,1	
Médecine générale	47,6	46,1	
Traumatologie	37,6	40,3	
Cardio-thoracique	31,3	41,4	Quartile supérieur
Urologie	31,1	30,2	
Neurologie	27,4	29,0	
Oncologie	27,2	27,1	
Gynécologie	25,6	24,5	
Endocrinologie	14,6	15,3	
Otolaryngologie	13,7	8,7	Taux inférieur en Ontario
Hématologie	8,4	7,8	
Néphrologie	7,9	7,3	
Chirurgie vasculaire	6,9	6,7	
Neurochirurgie	5,4	6,3	Quartile supérieur
Chirurgie plastique	3,6	2,2	Quartile inférieur
Généralement non hospitalisés	3,3	1,6	Taux inférieur en Ontario
Rhumatologie	2,6	2,5	
Ophtalmologie	2,5	1,6	Quartile inférieur
Réadaptation	2,1	1,4	
Dermatologie	1,5	1,1	Quartile inférieur
Chirurgie dentaire/ buccale	0,3	0,2	Quartile inférieur
Non regroupables	0,1	0,1	

Les résidents de la région du RLISS du Sud-Est obtiennent 89 % de leurs soins actifs pour patients hospitalisés dans les hôpitaux de ce RLISS.

Les résidents de la région du RLISS du Sud-Est n'obtiennent pas tous leurs soins actifs d'un hôpital situé dans leur collectivité locale. Beaucoup de collectivités dans cette région n'ont pas d'hôpital de soins actifs local et certains des plus petits hôpitaux de soins actifs n'offrent pas la gamme complète de services. Le tableau suivant présente le taux de soins aux malades hospitalisés utilisés par les résidents de certains endroits choisis du RLISS du Sud-Est, ainsi que les soins fournis par chaque hôpital de la région (et d'autres endroits en Ontario).

[42] Base de données de l'ICIS sur les congés des patients, Ontario, 2004-2005, et ébauche non publiée d'un rapport du ministère des Finances sur les estimations démographiques 2004, par RLISS.

Tableau 3.22 : Pourcentages des soins actifs aux malades hospitalisés par sous-région du RLISS du Sud-Est fournis par chaque hôpital[43,44,45]

Hôpitaux de soins actifs	Pourcentage du total des hospitalisations par hôpital de soins actifs ou par RLISS															
	Addington Front. N/C	Belleville	Brockville	Central Hastings	Gananoque Leeds	Kingston et Iles	North Hastings	Comté de Prince Edward	Quinte Ouest	Rideau Lakes	Leeds Grenville S.-E.	Smiths Falls, Perth, Lanark	Frontenac Sud	Stone Mills Loyalist	Tyendinaga Napanee	Tous les RLISS du S.-E.
Hôpital général de Brockville			67 %		11 %					8 %	62 %					10 %
Hôpital Hôtel-Dieu-Kingston	3 %				2 %	6 %				1 %			3 %	3 %	3 %	2 %
Hôpital général de Kingston	43 %	13 %	16 %	14 %	78 %	88 %	10 %	17 %	16 %	31 %	10 %	7 %	92 %	80 %	39 %	38 %
Hôp. gén. du comté de Lennox et Addington	8 %			1 %										12 %	40 %	3 %
Hôp. du dist. de Perth et Smiths Falls Sit	10 %									14 %		22 %				2 %
Hôp. du dist. de Perth et Smiths Falls Fa	2 %		3 %							34 %		37 %				4 %
Providence Continuing Care Ctr-King						1 %										
Quinte Healthcare Corporation-Bancr							22 %									
Quinte Healthcare Corporation-Belle	9 %	78 %		60 %			29 %	30 %	43 %						13 %	21 %
Quinte Healthcare Corporation-Picto								43 %								3 %
Quinte Healthcare Corporation-Trent		2 %		2 %				4 %	32 %							4 %
Services de santé Royal Ottawa-Brockville			5 %		2 %					1 %	2 %	2 %				
RLISS de Champlain	7 %		7 %		2 %	1 %	5 %			9 %	24 %	28 %		1 %		5 %
RLISS du Centre-Est	1 %			15 %			25 %		4 %							2 %
RLISS de Toronto-Centre	12 %	3 %		4 %	1 %	1 %	5 %	3 %	3 %						1 %	2 %
RLISS Centre							1 %									
RLISS du Sud-Ouest	2 %				1 %											
RLISS de Waterloo Wellington																
RLISS de Mississauga Halton																
RLISS de Ham. Niag. Hald. Brant																
RLISS du Nord-Est																
RLISS du Nord-Ouest																
RLISS de North Simcoe Muskoka																
RLISS de Erie St. Clair																
RLISS du Nord-Ouest																
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Tous les hôpitaux du RLISS du S.-E.	76 %	95 %	91 %	79 %	94 %	96 %	62 %	95 %	91 %	89 %	75 %	70 %	96 %	96 %	96 %	89 %
À l'extérieur du RLISS du S.-E.	24 %	5 %	9 %	21 %	6 %	4 %	38 %	5 %	9 %	11 %	25 %	30 %	4 %	4 %	4 %	11 %

Comme on peut le voir dans ce tableau, dans l'ensemble, les résidents de la région du RLISS du Sud-Est obtiennent 89 % de leurs soins actifs aux malades hospitalisés dans les hôpitaux de ce RLISS. L'Hôpital général de Kingston fournit 38 % des soins actifs aux malades hospitalisés, Quinte Healthcare-Belleville 21 %, et l'Hôpital général de Brockville 10 %. Si l'on combine ces taux, on constate que les résidents du Sud-Est comptent sur ces trois hôpitaux pour obtenir près de 70 % de leurs soins aux malades hospitalisés. Les autres hôpitaux de la région fournissent seulement 20 % des soins aux malades hospitalisés utilisés par la population du RLISS. Les hôpitaux à l'extérieur du RLISS fournissent 11 % de ces soins (5 390 hospitalisations).

[43] Base de données de l'ICIS sur les congés des patients (DAD), Ontario, 2004-2005.

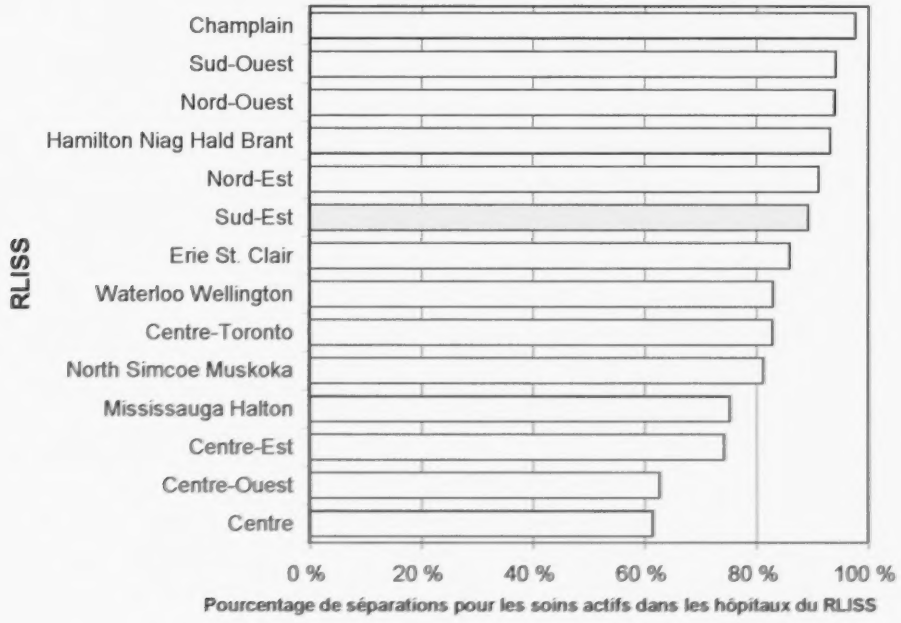
[44] Remarque : Il est possible que les totaux des rangées et des colonnes ne soient pas exacts parce que les chiffres dans les cases ont été arrondis.

[45] Les cases en blanc équivalent à 0 ou à moins de 0,5 %.

Les résidents de la région du RLISS du Sud-Est obtiennent la plupart de leurs soins hospitaliers des hôpitaux de ce RLISS.

Par comparaison avec les hôpitaux des autres RLISS, ceux du RLISS du Sud-Est fournissent une proportion relativement élevée des soins hospitaliers utilisés par les résidents de la région. Le tableau qui suit compare les taux de soins hospitaliers fournis aux résidents locaux par les hôpitaux situés à l'intérieur de chaque RLISS. Le RLISS du Sud-Est se classe au sixième rang dans cette catégorie.

Tableau 3.23 : Soins aux malades hospitalisés fournis par les hôpitaux situés dans la région du RLISS



Si l'on examine l'utilisation des hôpitaux par niveau de soins, on constate que les résidents de la région du RLISS du Sud-Est ont recours aux hôpitaux situés à l'intérieur du RLISS pour :

- 93 % des soins actifs primaires pour patients hospitalisés
- 88 % des soins actifs secondaires pour patients hospitalisés
- 78 % des soins actifs tertiaires/quaternaires pour patients hospitalisés.

Par conséquent, on voit que les résidents vont dans les hôpitaux de la région du RLISS du Sud-Est pour obtenir presque tous leurs soins hospitaliers primaires et secondaires et la plupart de leurs soins tertiaires. Comme le Centre de sciences de la santé de Kingston se trouve dans la région du RLISS du Sud-Est, le pourcentage des soins tertiaires fournis par les hôpitaux de ce RLISS est légèrement plus élevé que

dans les RLISS qui n'ont pas de centres de sciences de la santé universitaires.

De plus, les hôpitaux du RLISS du Sud-Est admettent 2 720 patients venant de l'extérieur de la région. Ces admissions représentent 6,2% du total des hospitalisations dans les hôpitaux de la région. Encore une fois, un grand nombre de ces patients sont aiguillés vers le Centre de sciences de la santé à Kingston pour recevoir des soins tertiaires[46,47].

3.4.4 *Traitement du cancer*

En avril 2005, le Cancer Quality Council of Ontario a publié 23 indicateurs de la qualité du rendement dans la lutte contre le cancer. Action Cancer Ontario a adopté 13 de ces indicateurs, en a fait des priorités pour 2005-2006 et a publié les résultats relatifs à ces indicateurs en avril 2006. Lorsque l'on tient compte de ces 13 indicateurs, qui ne donnent qu'un aperçu du système de lutte contre le cancer, les fournisseurs de services du RLISS du Sud-Est produisent un bon rendement, de l'avis des patients, en ce qui concerne les aspects suivants : la satisfaction des patients, le respect de directives de traitement fondées sur l'expérience clinique pour la radiothérapie et la thérapie générale, le taux de mortalité dans les 30 jours suivant une intervention chirurgicale pour le cancer, les temps d'attente pour la thérapie générale et la perspective d'ensemble des rapports de pathologie. Par contre, les fournisseurs de services du RLISS du Sud-Est donnent un moins bon rendement par rapport aux objectifs provinciaux suivants : recherche de sang occulte dans les selles pour le dépistage du cancer colorectal, mammographie pour le dépistage du cancer du sein, temps d'attente pour l'évaluation du cancer du sein, radiothérapie et chirurgie pour le cancer, coordination des soins et accès aux soins palliatifs et aux services de soutien. Du côté de la prévention, les taux de tabagisme et d'obésité dans le Sud-Est sont plus élevés que la moyenne provinciale. On sait que pour un certain nombre de

---

[46] Lorsque l'on compare ces statistiques avec les 5 390 admissions de résidents de la région du RLISS du Sud-Est dans des hôpitaux situés à l'extérieur du RLISS, on voit que le RLISS du Sud-Est est un exportateur net de cas nécessitant des soins hospitaliers.

[47] Une partie de ces hospitalisations ont trait au soutien donné par le programme Queen's Weeneebayko aux collectivités autochtones du Nord-Est de l'Ontario (RLISS 9). Dans ce programme, des cliniciens se rendent dans les collectivités du Nord-Est de la province et, dans les cas graves, envoient les patients par avion à l'Hôpital général de Kingston et l'Hôpital Hôtel-Dieu de Kingston. Le soutien donné à ces collectivités ajoute à la lourde pression exercée sur les ressources limitées dont dispose le RLISS du Sud-Est.

cancers, le tabagisme et le régime alimentaire constituent d'importants facteurs de risque. Les indicateurs de l'amélioration continue de la qualité, sans être complets, suggèrent que les fournisseurs de services du RLISS du Sud-Est devraient s'attacher à améliorer la prévention de la maladie, à rendre les services pour le cancer plus accessibles et à coordonner ces services.

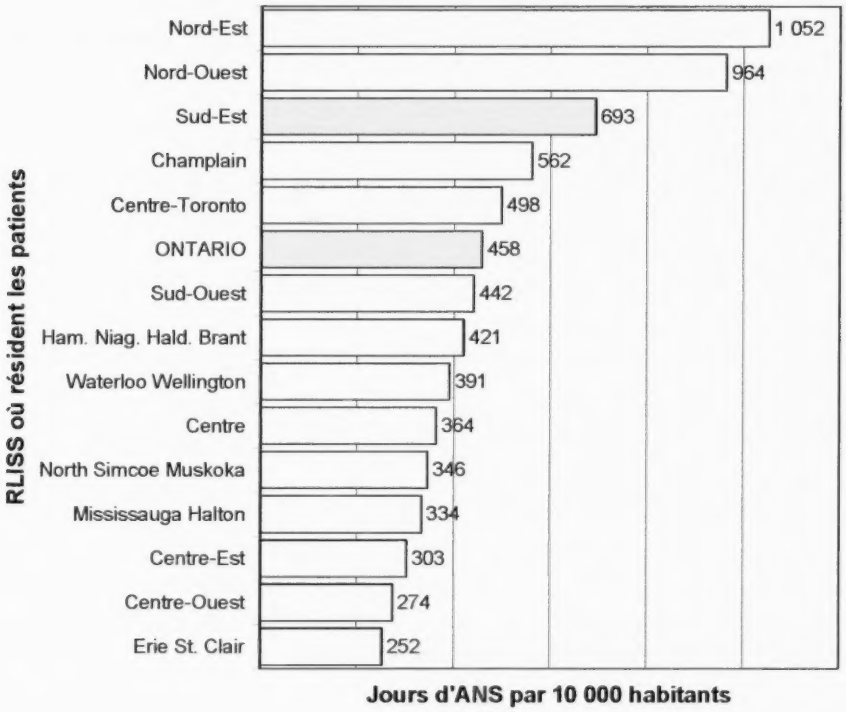
3.4.5 Jours d'autres niveaux de soins (ANS)

Le taux de jours ANS du RLISS du Sud-Est est le plus élevé de tous les RLISS autres que ceux du Nord de l'Ontario.

Les analyses présentées plus haut mesurent l'utilisation des hôpitaux de soins actifs à partir des congés des patients par population. Beaucoup d'hôpitaux de soins actifs de l'Ontario font face à un problème particulier : leurs lits de soins actifs sont souvent occupés par des patients qui n'ont plus besoin de ce type de soins mais qui ne peuvent pas recevoir leur congé parce qu'ils n'ont nulle part où aller pour recevoir un autre niveau de soins (on pense, par exemple, à un foyer de soins continus, un foyer de soins de longue durée, le retour chez eux avec des services à domicile appropriés, etc.). Il semble qu'environ 10 % du total des jours-patient dans les hôpitaux de soins actifs sont consacrés à des patients qui n'ont pas besoin de soins actifs et qui attendent de recevoir leur congé ou d'être placés. Ces jours d'attente sont ce qu'on appelle « les jours d'autres niveaux de soins » (ANS).

Le tableau qui suit présente le taux de jours ANS par 10 000 habitants normalisé selon l'âge et le sexe, par RLISS. Le RLISS du Sud-Est se classe en troisième position, mais il affiche le taux le plus élevé de jours ANS de tous les RLISS autres que ceux du Nord de l'Ontario.

Tableau 3.24 : Jours ANS par 10 000 habitants, normalisés selon l'âge et le sexe, par RLISS, 2004-2005[48]



Près de 60 % des jours-patient passés dans les hôpitaux à attendre d'autres niveaux de soins consistent à attendre des soins de longue durée en établissement.

Près de 47 % des jours-patient d'autres niveaux de soins dans les hôpitaux du Sud-Est de l'Ontario sont attribués à des patients envoyés dans des établissements de soins de longue durée. De plus, 13 % de ces jours-patient sont utilisés par des patients envoyés dans des établissements de soins continus complexes (établissements pour malades chroniques). C'est donc dire que près de 60 % des jours-patient passés dans les hôpitaux à attendre d'autres niveaux de soins consistent à attendre des soins de longue durée en établissement[49]. Un nombre relativement plus faible de jours-patient sont passés à attendre une place dans un établissement de réadaptation pour patients hospitalisés, un programme de soins à domicile et un autre établissement de soins actifs.

[48] Base de données de l'ICIS sur les congés des patients (DAD), Ontario, 2004-2005, et ébauche non publiée d'un rapport du ministère des Finances de l'Ontario sur les estimations démographiques 2004 par RLISS.

[49] Le 29 septembre 2006, le MSSLD a annoncé que le gouvernement faisait un appel d'offres pour créer 352 nouveaux lits de soins de longue durée dans la région du RLISS du Sud-Est. Ces lits devraient normalement être disponibles en 2009 et ne sont pas inclus dans les analyses des lits par population.

Tableau 3.25 : Aiguillage après le congé et jours-patient ANS des patients du RLISS du Sud-Est qui attendent d'autres niveaux de soins dans des hôpitaux de soins actifs

Raison du congé	Patients hospitalisés	% de tous les cas	Jours d'hospitalisation	Séjour moyen	Jours ANS	% ANS	ANS moyen par cas	% de tous les jours ANS
Soins de longue durée (MSI/FPA)	2 051	3,5 %	51 107	24,9	21 498	42,1 %	10,5	46,8 %
Établissement pour malades chroniques	956	1,6 %	16 111	16,9	6 033	37,4 %	6,3	13,1 %
Décès	2 528	4,3 %	78 774	31,2	5 896	7,5 %	2,3	12,8 %
Autre	799	1,3 %	20 597	25,8	3 054	14,8 %	3,8	6,7 %
Retour à la maison (sans soins à domicile)	43 454	73,2 %	224 574	5,2	3 041	1,4 %	0,1	6,6 %
Réadaptation	939	1,6 %	14 617	15,6	2 736	18,7 %	2,9	6,0 %
Soins à domicile	5 651	9,5 %	83 051	14,7	2 470	3,0 %	0,4	5,4 %
Soins actifs	2 986	5,0 %	30 428	10,2	1 161	3,8 %	0,4	2,5 %
Grand total	59 364	100,0 %	519 259	8,7	45 889	8,8 %	0,8	100,0 %

3.4.6 Utilisation des services de réadaptation pour patients hospitalisés

En plus de donner des soins actifs aux patients hospitalisés, les hôpitaux de l'Ontario fournissent à ces patients des services de réadaptation et des soins continus.

Le taux d'utilisation des lits de réadaptation par les patients hospitalisés dans le RLISS du Sud-Est est inférieur de 40 % à la moyenne provinciale.

En 2004-2005, le RLISS du Sud-Est comptait 1 148 cas de réadaptation de patients hospitalisés par 100 000 habitants, un taux de 40 % inférieur à la moyenne provinciale, établie à 1 928. Ce taux n'est pas normalisé selon l'âge, si bien qu'avec la population plus âgée vivant dans la région du Sud-Est, le taux normalisé selon l'âge serait encore plus bas que la moyenne provinciale. Le taux d'utilisation plus bas des services de réadaptation par les patients hospitalisés explique sans doute pourquoi le taux de jours ANF est plus élevé dans la région du RLISS du Sud-Est.

En 2004-2005, 874 résidents de la région du RLISS du Sud-Est ont obtenu leur congé d'établissements de soins de longue durée où ils étaient hospitalisés. 752 (86 %) d'entre eux étaient hospitalisés dans un hôpital du RLISS du Sud-Est, 47 (5 %) dans un hôpital du RLISS du Centre-Toronto, et 37 (4 %) dans un hôpital du RLISS de Champlain.

Il n'y a que 78 lits de réadaptation pour patients hospitalisés dans le RLISS du Sud-Est. 27 d'entre eux se trouvent dans des hôpitaux de soins actifs et 51 se trouvent dans les deux établissements de soins continus complexes du Providence Continuing Care Centre (Hôpital St. Mary's of the Lake à Kingston et Hôpital St. Vincent-de-Paul à Brockville). Le RLISS du Sud-Est a donné congé à 793 patients hospitalisés qui occupaient des lits de réadaptation. 752 de ces lits (95 %)

étaient occupés par des résidents de la région du RLISS du Sud-Est.

Le tableau qui suit présente la répartition des patients hospitalisés en réadaptation dans la région du RLISS du Sud-Est. Ces statistiques ont été établies par le Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) et comparent la répartition générale des patients en réadaptation par groupe dans le RLISS du Sud-Est, l'ensemble de l'Ontario et le RLISS de Champlain (Ottawa).

Tableau 3.26 : Répartition des patients hospitalisés en réadaptation dans la région du RLISS du Sud-Est, partout en Ontario et dans le RLISS de Champlain, par groupe de réadaptation, 2004-2005

Groupes de réadaptation	RLISS du S.-E.		Tout l'Ontario (RLISS du S.-E. exclu)		RLISS de Champlain (Ottawa)	
	Cas	% du total	Cas	% du total	Cas	% du total
Orthopédiques	341	39,0 %	15 987	55,1 %	1 049	44,5 %
ACV	216	24,7 %	4 916	17,0 %	481	20,4 %
Médicalement complexes	25	2,9 %	2 082	7,2 %	177	7,5 %
Débilité	144	16,5 %	952	3,3 %	169	7,2 %
Amputations	20	2,3 %	960	3,3 %	68	2,9 %
Cardiaques	8	0,9 %	878	3,0 %	55	2,3 %
Pulmonaires	28	3,2 %	854	2,9 %	130	5,5 %
Moelle épinière	47	5,4 %	652	2,2 %	71	3,0 %
Neurologiques	18	2,1 %	645	2,2 %	87	3,7 %
Traumatismes multiples	5	0,6 %	331	1,1 %	32	1,4 %
Syndromes algiques	5	0,6 %	318	1,1 %	22	0,9 %
Arthrite	13	1,5 %	238	0,8 %	7	0,3 %
Autres déficiences	2	0,2 %	151	0,5 %	8	0,3 %
Brûlures	1	0,1 %	18	0,1 %	1	0,0 %
Congénitales	1	0,1 %	13	0,0 %	1	0,0 %
Développementaux	0	0,0 %	5	0,0 %	1	0,0 %
Grand total	874	100,0 %	29 000	100,0 %	2 359	100,0 %
Population âgée de 65 ans et plus	76 139		1 504 347		146 486	
Patients hospitalisés en réadaptation par 100 000 habitants	1 148		1 928		1 610	

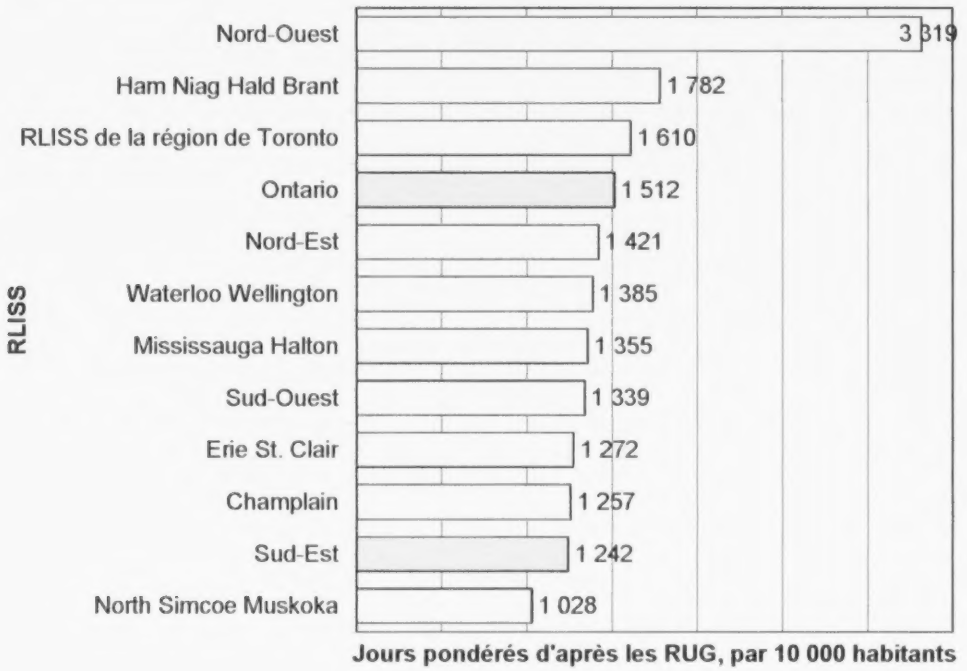
Fait intéressant à noter, les patients hospitalisés des groupes de réadaptation « ACV, troubles médicalement complexes et débilité » (44,1 %) sont plus nombreux que dans le reste de la province (27,5 %) tandis que les patients hospitalisés pour des troubles orthopédiques (39 %) sont moins nombreux qu'ailleurs dans la province (55,1 %).

3.4.7 Utilisation des soins continus complexes

On compte 252 lits de soins continus complexes dans les hôpitaux du Sud-Est. Le tableau 3.27 présente les jours d'hospitalisation des patients pour des soins continus

complexes, pondérés d'après les RUG[50], par 10 000 habitants, normalisés selon l'âge et le sexe, et par RLISS. Le RLISS du Sud-Est se classe à l'avant-dernier rang de la province, ce qui laisse supposer que le nombre de lits de soins continus complexes est moins élevé dans le Sud-Est que dans la majeure partie de l'Ontario.

Tableau 3.27 : Jours de soins continus complexes, normalisés selon l'âge et le sexe, pondérés d'après les groupes RUG, par 10 000 habitants et par RLISS, 2004-2005



La moyenne pondérée d'après les RUG par cas dans les hôpitaux du Sud-Est n'est que légèrement inférieure à la moyenne provinciale.

Il conviendrait d'examiner plus à fond la signification du faible taux d'utilisation des soins continus complexes dans la région du Sud-Est, pour voir s'il a un impact sur le nombre

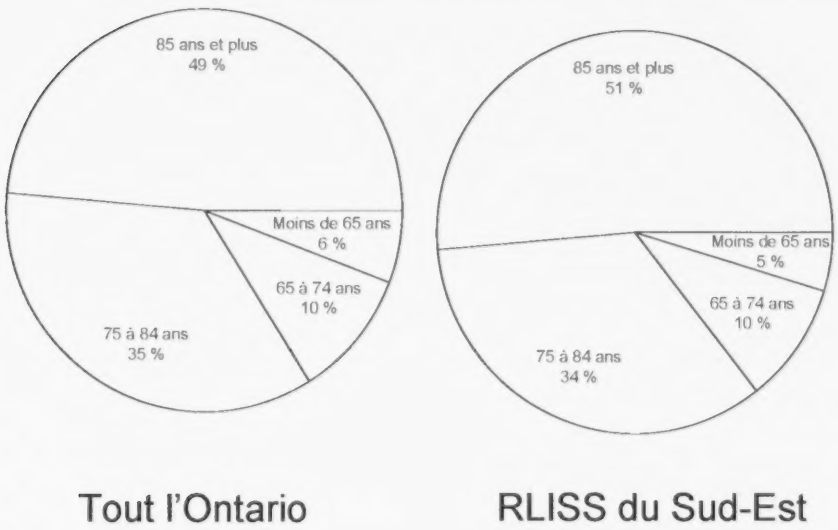
[50] Les patients occupant des lits de soins continus complexes sont classés par groupes d'utilisation des ressources (groupes RUG). Ces groupes pertinents du point de vue clinique et homogènes du point de vue des ressources se fondent sur les données saisies par le Resident Assessment Instrument Minimum Data Set (MDS 2.0). RUG-III est la version la plus à jour de ce système de classification. La pondération selon les groupes RUG-III des jours-patient d'un hôpital comporte des rajustements pour tenir compte des degrés de complexité des différents groupes de patients recevant des soins continus et permet de faire une comparaison entre les hôpitaux.

élevé de jours ANS dans les hôpitaux de soins actifs de la région.

3.4.8 Utilisation des établissements de soins de longue durée

Bien que les lits dans les établissements de soins de longue durée ne soient pas prévus exclusivement pour les patients âgés, ceux-ci occupent la grande majorité des lits de soins de longue durée en Ontario. Dans le tableau suivant, on voit que 84 % des résidents des établissements de soins de longue durée en Ontario sont âgés de 75 ans et plus. Dans les établissements du RLISS du Sud-Est, 85 % des résidents sont âgés de 75 ans et plus.

Tableau 3.28 : Répartition selon l'âge des résidents des établissements de SLD dans le RLISS du Sud-Est, 2005



Pour cette raison, les comparaisons du nombre de lits de soins de longue durée par personne utilisent habituellement comme dénominateur le sous-ensemble démographique des aînés. Le tableau qui suit présente le nombre de lits de soins de longue durée par population des RLISS âgée de 75 ans et plus.

Tableau 3.29 : Lits de SLD par population âgée et par RLISS en septembre 2005

RLISS	N^bre total de lits de SLD	Pop. 75 ans et plus	Lits par 1 000 hab. 75 ans et plus
Nord-Est	4 663	38 221	122,0
Centre-Ouest	3 313	28 296	117,1
Nord-Ouest	1 682	15 183	110,8
Champlain	7 388	69 801	105,8
Centre-Est	9 456	90 822	104,1
Sud-Ouest	6 739	65 320	103,2
Sud-Est	**3 705**	**36 146**	**102,5**
Ham. Niag. Hald. Brant.	10 267	100 479	102,2
Erie St. Clair	4 225	42 598	99,2
Waterloo Wellington	3 662	38 809	94,4
Mississauga Halton	4 250	45 104	94,2
North Simcoe Muskoka	2 530	27 072	93,5
Centre	7 085	80 281	88,3
Centre-Toronto	6 132	74 807	82,0
Total provincial	**75 097**	**752 939**	**99,7**

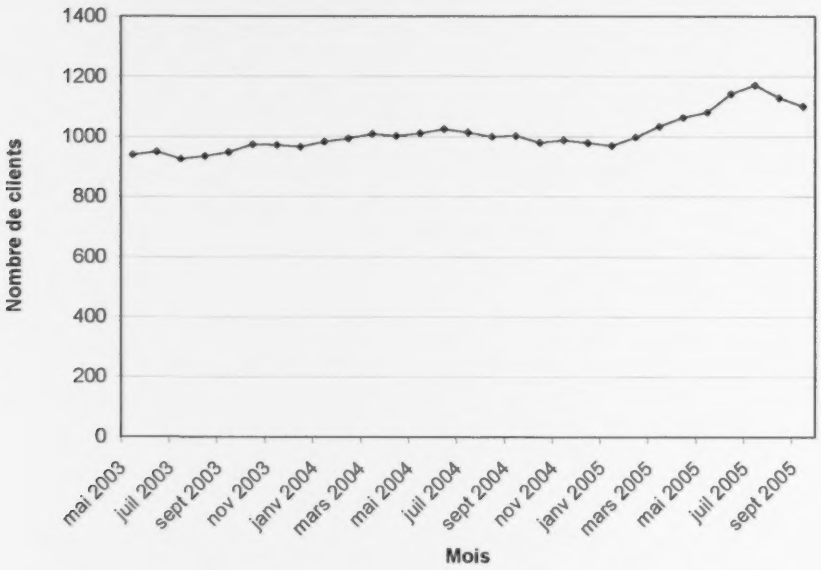
Comme on peut le constater, le nombre de lits dans les établissements de soins de longue durée par population âgée de 75 ans et plus dans le RLISS du Sud-Est, établi à 102,5, est plus élevé que la moyenne provinciale de 99,7[51].

Le RLISS du Sud-Est se classe au troisième rang de tous les RLISS de l'Ontario pour le ratio listes d'attente communautaires-nombre de lits disponibles.

Le nombre de personnes dans la collectivité qui attendent un lit de soins de longue durée dans le Sud-Est augmente. Le tableau qui suit illustre cette tendance. Au cours des deux années et demie incluses dans ce tableau, le nombre de personnes en attente d'un lit de soins de longue durée est passé d'environ 900 à 1 100.

[51] Le MSSLD a annoncé en septembre dernier qu'il lançait un appel d'offres pour créer 352 nouveaux lits de soins de longue durée dans le RLISS du Sud-Est. Ces lits seront disponibles d'ici 2009.

Tableau 3.30 : Tendance des listes d'attente des établissements de SLD dans le RLISS du Sud-Est



Si l'on exprime la liste d'attente communautaire en pourcentage du nombre total de lits de soins de longue durée en septembre 2005, cela représente 29,5 % du nombre total de lits disponibles dans le RLISS du Sud-Est. Le tableau qui suit montre que pour le ratio liste d'attente communautaire-lits disponibles, le RLISS du Sud-Est se classe au troisième rang parmi tous les RLISS de l'Ontario.

Tableau 3.31 : Tendance des listes d'attente communautaires des établissements de SLD par rapport au total des lits de SLD, par RLISS

RLISS	Liste d'attente comm. sept. 2005	N^{bre} total de lits	Liste d'attente en % du n^{bre} total de lits
Erie St. Clair	636	4 225	15,1 %
Sud-Ouest	1 294	6 739	19,2 %
Waterloo Wellington	705	3 662	19,3 %
Ham. Niag. Hald. Brant.	1 393	10 267	13,6 %
Centre-Ouest	122	3 313	3,7 %
Mississauga Halton	357	4 250	8,4 %
Centre-Toronto	1 202	6 132	19,6 %
Centre	970	7 085	13,7 %
Centre-Est	1 591	9 456	16,8 %
Sud-Est	**1 100**	**3 705**	**29,7 %**
Champlain	1 459	7 388	19,7 %
North Simcoe Muskoka	907	2 530	35,8 %
Nord-Est	836	4 663	17,9 %
Nord-Ouest	513	1 682	30,5 %
Total pour l'Ontario	**13 085**	**75 097**	**17,4 %**

Il y a, dans la région du RLISS du Sud-Est, un besoin non satisfait de soins de longue durée.

Bien que le nombre total de lits de soins de longue durée occupés par des personnes âgées dans le RLISS du Sud-Est de l'Ontario soit plus élevé que la moyenne provinciale, la longue liste d'attente, le taux très élevé d'occupation de ces lits et le taux élevé de jours ANS dans les hôpitaux de soins actifs font ressortir qu'il y a, dans la région du RLISS du Sud-Est, un besoin non satisfait de soins de longue durée. De plus, le manque d'établissements de santé mentale de longue durée spécialisés fait qu'il n'est pas simple de répondre aux besoins des patients en soins de longue durée ayant des problèmes de comportement difficiles[52].

Les lits de soins en établissement ne sont que l'une des composantes du continuum des soins de longue durée.

Toutefois, les lits de soins en établissement ne sont que l'une des composantes du continuum de soins de longue durée. Les maisons de retraite, le logement avec services de soutien et les services à domicile sont autant de formules capables de répondre au besoin de soins de longue durée. Les constatations suivantes se sont dégagées d'une étude récente portant sur les services de soutien communautaires offerts aux personnes âgées à Toronto[53] :

Le logement avec services de soutien représente une solution de rechange économique au placement en établissement, une solution préférable sur le plan de la qualité de vie et de l'autonomie, même pour les personnes très âgées.

« Selon nos données, le logement avec services de soutien constitue une solution de rechange viable et économique permettant d'intégrer les services, d'évaluer les résultats et d'assurer la responsabilisation lorsqu'il s'agit d'offrir des soins à la population grandissante de personnes âgées de la province. Si l'on en juge par le risque relatif présenté par les personnes âgées visées par notre étude, le logement avec services de soutien représente une solution de rechange économique au placement de ces personnes dans des établissements, une solution préférable sur le plan de la qualité de vie et de l'autonomie, même pour les personnes très âgées. Nous insistons tout spécialement sur le rôle extrêmement important que jouent les responsables de cas dans le logement avec services de soutien : ces personnes sont chargées d'intégrer les services pour répondre aux besoins des clients,

---

[52] La Direction des foyers de longue durée du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario effectue à l'heure actuelle un sondage pour mieux comprendre comment les foyers de soins de longue durée s'occupent des résidents ayant des problèmes de santé mentale ou de comportement graves, et examine les ressources dont disposent ces foyers ainsi que les services offerts dans la collectivité.

[53] Janet M. Lum, Simonne Ruff et A. Paul Williams, « When Home is Community - Community Support Services and the Well-Being of Seniors in Supportive and Social Housing », projet de recherche mené par l'Université Ryerson, Neighbourhood Link/Senior Link et l'Université de Toronto, et financé par Centraide du grand Toronto, avril 2005.

de remplacer les soutiens institutionnels plus dispendieux par des services peu coûteux et d'assurer une évaluation continuelle pour réduire la demande de services d'urgence. »

3.4.9 Soins à domicile

Trois CASC desservent le RLISS du Sud-Est.

Trois Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) desservent la population du RLISS du Sud-Est :

- Celui de Hastings et Prince Edward (qui se trouve à 100 % sur le territoire du RLISS du Sud-Est)
- Celui de Kingston et FLA (qui se trouve à 100 % sur le territoire du RLISS du Sud-Est)
- Celui de Lanark, Leeds et Grenville (qui se trouve à 71,3 % sur le territoire du RLISS du Sud-Est).

De plus, 5,9 % de la population desservie par le CASC de Haliburton-Northumberland vivent dans la région du RLISS du Sud-Est.

Aucune donnée ne nous permet de comparer l'utilisation des soins à domicile dans le RLISS du Sud-Est et ailleurs dans la province.

3.4.10 Services communautaires

Une grande variété de fournisseurs de services de santé exercent un peu partout dans le RLISS du Sud-Est. La liste de ces fournisseurs est présentée dans l'une des annexes du présent plan d'intégration des services de santé.

En 2005-2006, le financement combiné des foyers de soins de longue durée et des CASC équivalait à 92 % du financement total prévu par le MSSLD pour tous les fournisseurs de services du RLISS.

Le tableau qui suit présente le financement de base total par secteur ou par programme accordé par le MSSLD aux fournisseurs de services du RLISS du Sud-Est et aux programmes dont le RLISS était responsable de 2002-2003 à 2005-2006. Les niveaux de financement indiqués représentent uniquement les fonds d'exploitation de base. De nombreux organismes ont également reçu chaque année du MSSLD un financement important d'une seule fois pour la réalisation d'un objectif ou d'un projet précis. De plus, les fonds provenant du MSSLD ne sont pas nécessairement la seule source de financement couvrant toutes les dépenses des programmes. Par exemple, la plupart des organismes de services communautaires sont tenus de recueillir chaque année une partie de leur budget total. Le montant qu'ils doivent recueillir est calculé d'après le montant du financement de base qu'ils reçoivent du MSSLD. Pour la plupart des hôpitaux, le financement du MSSLD représente seulement à peu près 80 % du total de leurs recettes d'exploitation. Les autres revenus proviennent de services auxiliaires tels que le

stationnement, les chambres à supplément et les services fournis aux patients non assurés (Gendarmerie royale du Canada, Forces armées canadiennes, détenus dans les pénitenciers fédéraux, résidents qui se trouvent à l'extérieur de la province ou du pays et CSPAAT).

Tableau 3.32 : Financement de base[54] accordé par le MSSLD aux organismes fournisseurs du RLISS du Sud-Est, par secteur et par exercice financier

Programmes	Exercice financier				% de changement (2002-2003 à 2005-2006)	% du total de 2005-2006)
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006		
Hôpitaux	412 664 739 $	454 149 918 $	472 725 700 $	521 219 000 $	26,3 %	66,8 %
Foyers de SLD	92 819 251 $	104 365 595 $	113 254 456 $	121 752 970 $	31,2 %	15,6 %
CASC	65 222 422 $	65 904 322 $	70 155 357 $	76 846 255 $	17,8 %	9,9 %
Programmes de santé mentale	20 831 656 $	21 072 785 $	23 873 883 $	25 783 088 $	23,8 %	3,3 %
Services de soutien comm.	10 959 283 $	11 087 618 $	11 965 351 $	13 321 485 $	21,6 %	1,7 %
Centres de santé comm.	5 497 959 $	6 860 099 $	8 136 144 $	9 585 954 $	74,4 %	1,2 %
Toxicomanie	4 284 370 $	4 440 087 $	4 867 156 $	4 954 164 $	15,6 %	0,6 %
Lésions cérébrales acquises	2 752 042 $	2 752 042 $	2 973 748 $	3 181 541 $	15,6 %	0,4 %
Logement avec serv. de soutien	1 804 534 $	1 816 544 $	1 895 793 $	1 937 429 $	7,4 %	0,2 %
SM (log. avec serv. de soutien)	1 073 928 $	1 186 679 $	1 248 217 $	1 299 119 $	21,0 %	0,2 %
Grand total	617 910 184 $	673 635 689 $	711 095 805 $	779 881 005 $	26,2 %	100,0 %

En 2005-2006, le financement de base combiné des hôpitaux, des foyers de soins de longue durée et des CASC équivalait à 92 % du financement total prévu par le MSSLD pour l'ensemble des fournisseurs de services du RLISS.

Le tableau suivant compare le financement de base par personne et par secteur des 14 RLISS pour 2005-2006.

[54] Exclut tout financement accordé une seule fois ainsi que le financement des immobilisations.

Tableau 3.33 : Financement[55] de base par personne[56] par secteur et par RLISS où se trouve le fournisseur, accordé par le MSSLD en 2005-2006

RLISS	Financement par personne (population totale)										
	CASC	Hôpitaux	Foyers de SLD	SM (log. avec serv. de sout.)	Soutien à l'auton.	Serv. de sout. comm.	Lésion cérébrale acquise	Centres de santé comm.	Toxicomanie	Programmes de santé mentale	Grand total
Centre-Toronto	87 $	2 593 $	185 $	15 $	32 $	60 $	2 $	48 $	14 $	72 $	3 107 $
Ham. Niag. Hald. Brant	144 $	1 037 $	247 $	2 $	15 $	20 $	9 $	6 $	8 $	26 $	1 512 $
Champlain	116 $	1 052 $	203 $	1 $	5 $	18 $	1 $	26 $	10 $	37 $	1 469 $
Sud-Ouest	129 $	1 276 $	234 $	2 $	12 $	19 $	6 $	7 $	6 $	42 $	1 732 $
Centre-Est	109 $	599 $	214 $	2 $	6 $	16 $	1 $	5 $	4 $	20 $	975 $
Centre-Est	88 $	519 $	153 $	1 $	10 $	14 $	6 $	2 $	2 $	25 $	821 $
Nord-Est	133 $	1 131 $	257 $	4 $	12 $	31 $	2 $	12 $	29 $	68 $	1 681 $
Mississauga Halton	53 $	568 $	134 $	0 $	12 $	15 $	6 $	0 $	4 $	11 $	804 $
Erie-St. Clair	124 $	792 $	212 $	1 $	7 $	18 $	1 $	19 $	8 $	34 $	1 217 $
Sud-Est	**163 $**	**1 105 $**	**258 $**	**3 $**	**4 $**	**28 $**	**7 $**	**20 $**	**10 $**	**55 $**	**1 653 $**
Waterloo Wellington	110 $	669 $	172 $	1 $	7 $	15 $	1 $	16 $	7 $	29 $	1 026 $
Centre-Ouest	117 $	406 $	161 $	0 $	5 $	4 $	0 $	3 $	2 $	22 $	721 $
North Simcoe Muskoka	132 $	685 $	203 $	2 $	10 $	18 $	1 $	7 $	8 $	35 $	1 100 $
Nord-Ouest	125 $	1 360 $	204 $	7 $	16 $	35 $	5 $	22 $	37 $	96 $	1 909 $
Moyenne provinciale	**111 $**	**971 $**	**198 $**	**3 $**	**11 $**	**21 $**	**4 $**	**13 $**	**8 $**	**35 $**	**1 375 $**
Position du RLISS du S.-E.	1	5	1	4	14	4	2	4	4	4	5

Comme la population âgée a besoin de beaucoup plus de services de santé, une autre façon d'examiner le coût par personne est de prendre le financement de base total et de le diviser par le nombre de personnes de 65 ans et plus et vivant dans le RLISS. Le tableau qui suit compare le financement de base total par population âgée de 65 ans et plus dans les RLISS. Comme les chiffres fournis ne correspondent pas au financement des services fournis exclusivement aux personnes âgées, il convient d'interpréter ces statistiques avec prudence.

[55] Exclut le financement accordé une seule fois ainsi que le financement des immobilisations.

[56] Taux non rajusté selon l'âge ou le sexe des populations desservies par les divers RLISS.

Tableau 3.34 : Financement de base[57] accordé par le MSSLD par population âgée de 65 ans et plus, par secteur et par RLISS où se trouve le fournisseur de services, 2005-2006

RLISS	Financement par personne (résidents de 65 ans et plus)										
	CASC	Hôpitaux	Foyers de SLD	SM (log. avec serv. de sout.)	Soutien à l'auton.	Serv. de sout. comm.	Lésion cérébrale acquise	Centres de santé comm.	Toxicomanie	Programmes de santé mentale	Grand total
Centre-Toronto	698 $	20 843 $	1 483 $	118 $	260 $	484 $	17 $	383 $	115 $	576 $	24 978 $
Ham. Niag. Hald. Brant	955 $	6 880 $	1 638 $	12 $	100 $	130 $	57 $	37 $	50 $	174 $	10 032 $
Champlain	934 $	8 443 $	1 629 $	8 $	44 $	146 $	9 $	209 $	77 $	299 $	11 798 $
Sud-Ouest	888 $	8 770 $	1 607 $	13 $	80 $	132 $	42 $	45 $	40 $	286 $	11 904 $
Centre-Est	831 $	4 575 $	1 632 $	12 $	49 $	120 $	6 $	37 $	34 $	152 $	7 448 $
Centre-Est	755 $	4 432 $	1 306 $	11 $	81 $	122 $	47 $	15 $	19 $	216 $	7 006 $
Nord-Est	854 $	7 237 $	1 646 $	24 $	78 $	201 $	15 $	74 $	187 $	438 $	10 755 $
Mississauga Halton	540 $	5 823 $	1 374 $	2 $	124 $	155 $	61 $	0 $	42 $	116 $	8 240 $
Erie-St. Clair	906 $	5 805 $	1 556 $	7 $	55 $	129 $	11 $	140 $	61 $	250 $	8 920 $
Sud-Est	**1 007 $**	**6 833 $**	**1 596 $**	**17 $**	**25 $**	**175 $**	**42 $**	**126 $**	**65 $**	**338 $**	**10 224 $**
Waterloo Wellington	943 $	5 732 $	1 471 $	6 $	62 $	125 $	11 $	136 $	59 $	246 $	8 791 $
Centre-Ouest	1 227 $	4 266 $	1 689 $	2 $	53 $	46 $	0 $	29 $	19 $	234 $	7 566 $
North Simcoe Muskoka	909 $	4 706 $	1 393 $	11 $	69 $	125 $	7 $	46 $	52 $	241 $	7 559 $
Nord-Ouest	939 $	10 239 $	1 536 $	56 $	124 $	265 $	38 $	163 $	281 $	725 $	14 366 $
Moyenne provinciale	**863 $**	**7 553 $**	**1 541 $**	**21 $**	**89 $**	**167 $**	**28 $**	**98 $**	**64 $**	**275 $**	**10 699 $**
Position du RLISS du S.-E.	2	7	7	4	14	4	5	6	5	4	6

Les calculs par personne se fondent sur le financement accordé aux fournisseurs de services exerçant à l'intérieur des RLISS et à la population vivant à l'intérieur de ceux-ci. Parce que certains fournisseurs qui se trouvent dans un RLISS fournissent une quantité considérable de services à des personnes qui ne vivent pas dans le RLISS, et parce que certains résidents d'un RLISS comptent beaucoup sur des fournisseurs situés dans d'autres RLISS, les calculs par personne ne reflètent pas nécessairement avec exactitude le coût des soins que les résidents reçoivent en réalité.

Lorsqu'il s'agit des soins hospitaliers, certaines personnes qui ne vivent pas dans la région du RLISS du Sud-Est se déplacent pour obtenir des soins dans un établissement de ce RLISS. Bien que le coût de la prestation de ces soins soit inclus dans les coûts des hôpitaux du RLISS du Sud-Est, ils ne sont toutefois pas inclus dans la donnée démographique utilisée pour calculer le financement personne accordé à la région. Les données permettant d'établir un lien entre l'utilisation des services et les personnes portent surtout sur les patients des hôpitaux. Le tableau qui suit présente les chiffres estimatifs des dépenses moyennes au titre des soins actifs (pour les patients hospitalisés et les soins ambulatoires) par résident du RLISS pour l'exercice 2004-2005. Ces chiffres se fondent sur le lieu de résidence des patients, et non pas l'endroit où exerce le fournisseur de services[58].

[57] Exclut le financement accordé une seule fois ainsi que le financement des immobilisations.

[58] Les données sur les soins actifs aux patients hospitalisés et sur les soins ambulatoires (chirurgies de jour et soins médicaux de jour/de nuit) ont un

Tableau 3.35 : Coût des soins actifs par résident du RLISS, normalisé selon l'âge et le sexe en 2004-2005[59]

RLISS où vit le patient	Patients hospitalisés	Soins ambulatoires	Coût total	% de la moyenne provinciale
Mississauga Halton	343 $	87 $	429 $	83 %
Centre	353 $	97 $	450 $	87 %
Waterloo-Wellington	357 $	104 $	461 $	89 %
Centre-Ouest	370 $	97 $	467 $	90 %
Centre-Est	376 $	105 $	481 $	93 %
North Simcoe Muskoka	383 $	112 $	496 $	96 %
Champlain	422 $	91 $	514 $	99 %
Ontario	**415 $**	**104 $**	**519 $**	**100 %**
Centre-Toronto	431 $	90 $	520 $	100 %
Ham Niag Hald Brant	434 $	96 $	530 $	102 %
Erie St. Clair	419 $	113 $	532 $	103 %
Sud-Ouest	479 $	106 $	585 $	113 %
Sud-Est	**483 $**	**120 $**	**603 $**	**116 %**
Nord-Est	509 $	133 $	642 $	124 %
Nord-Ouest	552 $	129 $	681 $	131 %

Le coût de l'utilisation annuelle moyenne des soins actifs par population s'élevait à 603 $ par personne dans le RLISS du Sud-Est, ce qui représente le coût le plus élevé par population de tous les RLISS du Sud de l'Ontario.

En 2004-2005, le coût annuel moyen des soins actifs utilisés par les résidents du RLISS du Sud-Est s'élevait à 603 $, ce qui représente le troisième coût le plus élevé de tous les RLISS, et le plus élevé par population des 12 RLISS du Sud de l'Ontario. Les données sur les dépenses des hôpitaux de soins actifs incluent les coûts les plus élevés que les centres hospitaliers universitaires devaient engager pour honorer leur mission académique et, pour cette raison, expliquent pourquoi les dépenses des résidents de plusieurs RLISS qui ont des

coefficient de pondération des coûts attribué à chaque cas. Les cas de patients hospitalisés ont des « valeurs de pondération de la consommation des ressources » (RIW) tandis que la pondération des cas ambulatoires est établie d'après le Système global de classification ambulatoire (CACS). Les coefficients de pondération des coûts représentent le coût relatif de la prestation des soins aux patients et, lorsqu'ils sont combinés avec les données sur les coûts d'exploitation de chaque hôpital, ils peuvent servir à évaluer le coût des soins pour chaque cas. Les coefficients de pondération des coûts pour chaque patient hospitalisé et chaque soin ambulatoire ont été combinés avec le coût réel pondéré par cas en 2004-2005 pour chaque hôpital de l'Ontario, dans le but d'attribuer un coût à chaque dossier. Cet ensemble de données sur les coûts a ensuite servi à calculer le coût d'exploitation des soins actifs normalisés selon l'âge et le sexe par population, pour chacun des 14 RLISS. Des dossiers ont été attribués à chaque RLISS en fonction du lieu de résidence des patients. Les coûts d'exploitation ont été attribués à chaque cas d'après les coûts d'exploitation de l'hôpital dans lequel les soins ont été fournis.

[59] Base de données de l'ICIS (DAD) sur les congés des patients, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), ébauche non publiée d'un rapport du ministère des Finances sur les prévisions démographiques, printemps 2006, et formules de calcul des taux du Comité mixte des politiques et de la planification de l'Ontario par cas pondéré.

centres hospitaliers universitaires sont plus élevées que la moyenne (p. ex., Champlain (Ottawa), Sud-Est (Kingston), Sud-Ouest (London), Hamilton Niagara Haldimand Brant (Hamilton), et Centre-Toronto (Toronto)).

3.5 Ressources humaines en santé

Le système de santé reconnaît que le nombre insuffisant de professionnels de la santé qualifiés travaillant dans les nombreuses disciplines et les divers groupes professionnels pose un problème majeur. Jusqu'à récemment, nous n'avions aucun système ni aucune structure convenable en place pour soutenir la planification et le développement des ressources humaines à l'échelon national, provincial ou local.

L'objectif du MSSLD en matière de ressources humaines en santé s'énonce comme suit : « L'Ontario aura en place le nombre et la combinaison voulus de fournisseurs de services de santé adéquatement formés, au moment et à l'endroit où leurs services seront requis. »

Dans son rapport sur la restructuration du système de santé, le MSSLD énonce comme suit son objectif en ce qui concerne les ressources humaines en santé :

« L'Ontario aura en place le nombre et la combinaison voulus de fournisseurs de services de santé adéquatement formés, au moment et à l'endroit où leurs services seront requis. »[60]

Les RLISS de l'Ontario devront s'assurer qu'ils ont en place les personnes voulues, à l'endroit et au moment voulus, avec les outils et l'équipement nécessaires pour répondre aux besoins de leur population. Ils devront également avoir parmi leurs ressources humaines la combinaison voulue de connaissances et de compétences, pour que ces professionnels puissent travailler ensemble, selon de nouvelles façons, pour offrir des soins axés davantage sur les patients et les besoins.

Bien que l'information initiale dont nous disposons sur les ressources humaines en santé dans le RLISS du Sud-Est porte surtout sur les médecins et le personnel infirmier, il existe aussi toute une variété de fournisseurs de services, réglementés et non réglementés, dont il faut tenir compte si l'on veut procéder à une planification intégrée et systématique des ressources humaines en santé.

Un certain nombre de problèmes ont été relevés au niveau de la planification et le développement des ressources humaines.

Un certain nombre de problèmes ont été relevés au niveau de la planification et du développement des ressources humaines :

- Un changement dans l'effectif de professionnels, par rapport aux besoins de la population.

[60] Conseil ontarien de la qualité des services de santé. *Laying the Foundation for Change. A progress report on Ontario's Health Human Resources Initiatives*. Décembre 2005.

- Des changements dans l'exercice de la médecine et la façon dont les patients cherchent à obtenir des soins médicaux, et, par conséquent, la nécessité d'avoir des ressources humaines en santé.
- La répartition inégale de la main-d'œuvre parmi les professions et les compétences, ce qui a donné lieu à une pénurie de certains types de travailleurs (tels que les médecins de famille et les technologues de laboratoire médical) et de compétences (comme les infirmières de salle d'opération).
- La répartition géographique inégale des praticiens, qui ont tendance à se regrouper dans les centres urbains et les endroits à forte densité de population, ce qui ne correspond pas aux besoins de la population.
- Les changements au niveau des caractéristiques de la main-d'œuvre pour ce qui est de l'âge, du sexe et des objectifs de mode de vie, ce qui a donné lieu à une baisse de la quantité des heures de service disponibles, même si le nombre de travailleurs disponibles est resté le même.
- Une mauvaise synchronisation de la formation et des besoins des travailleurs.
- Le lien entre la santé de la population et le besoin de travailleurs en santé est mal compris.
- La planification, le développement et le recrutement des ressources humaines en santé sont segmentés par discipline individuelle, par employeur ou par groupe de sous-secteurs, plutôt que par région ou en fonction du système dans son ensemble.
- Les problèmes de qualité de vie au travail, qui font qu'il est difficile de conserver le personnel qualifié dans le secteur de la santé.
- Les pénuries de travailleurs, qui ont créé une concurrence au niveau du recrutement et du maintien du personnel dans le secteur de la santé, et entre le secteur de la santé et d'autres industries.

De nombreuses initiatives ont été mises en place en Ontario pour résoudre les problèmes de ressources humaines en santé.

Pour réaliser l'objectif d'« avoir en place le nombre et la combinaison voulus de fournisseurs de services de santé adéquatement formés, au moment et à l'endroit où leurs services seront requis », de nombreuses initiatives ont été mises en place en Ontario, y compris les suivantes :

- Un nouveau poste de sous-ministre adjoint responsable des ressources humaines en santé a été créé au MSSLD, pour

Bien qu'il s'agisse là d'initiatives à l'échelle provinciale, le RLISS du Sud-Est a pu s'en prévaloir et devrait continuer à tirer parti du travail effectué dans ce domaine.

La planification des ressources humaines doit inclure l'élaboration de stratégies provinciales, locales et sectorielles pour faire face aux enjeux à court, à moyen et à long terme.

On prévoit qu'au cours des dix prochaines années, la pénurie de professionnels de la santé, tant au niveau du nombre que des types de professions, est appelé à s'intensifier à mesure que la population augmentera et vieillira. Tous les RLISS, y compris celui du Sud-Est, sont soumis à une pression intense pour offrir des services accessibles et efficaces qui répondent aux besoins de la population. La planification des ressources humaines doit inclure l'élaboration de stratégies provinciales, locales et sectorielles pour faire face aux enjeux à court, à moyen et long terme.

3.6 Éducation et recherche en santé

3.6.1 Soutien aux centres hospitaliers universitaires

Si l'on veut que les fournisseurs de services de santé du RLISS du Sud-Est soient en mesure de répondre aux besoins de la population, il faudra absolument accorder un soutien à l'éducation et à la recherche en santé.

Si l'on veut que les fournisseurs de services de santé du RLISS du Sud-Est soient en mesure de répondre aux besoins de la population, il faudra absolument accorder un soutien à l'éducation et à la recherche en santé dans le RLISS du Sud-Est et dans d'autres RLISS comme ceux de Champlain, du Centre-Est, du Nord-Est et de la région de Toronto. Il sera particulièrement important de donner du soutien à l'éducation et à la recherche au Centre des sciences de la santé du Sud-Est de l'Ontario, où la plupart des cas complexes sont traités, où l'éducation et la formation des futurs professionnels de la santé sont concentrées, et où les nouvelles technologies et les meilleures pratiques sont identifiées, puis transmises. Le Centre des sciences de la santé du Sud-Est de l'Ontario regroupe l'Hôpital général de Kingston, l'Hôpital Hôtel-Dieu, le Providence Continuing Care Centre, le Kingston Regional Cancer Centre, et l'Université Queen's. Le Centre de sciences de la santé du Sud-Est de l'Ontario est une ressource non seulement pour le RLISS du Sud-Est, mais pour l'ensemble de la province, le Canada et le monde entier. Réciproquement, l'ensemble de la province, le Canada et le monde entier sont des ressources pour ce centre.

3.6.2 Université Queen's

La faculté des sciences de la santé de l'Université Queen's est le plus important fournisseur d'éducation et de recherche en santé du RLISS du Sud-Est. Cette faculté dispense des programmes médicaux de premier, deuxième et troisième cycle ainsi que les programmes de l'école de thérapie de réadaptation et de l'école de sciences infirmières. Parmi les

autres départements et programmes en santé relevant de l'Université Queen's, citons les suivants :

- Informatique biomédicale
- Santé communautaire et épidémiologie
- Sciences de la santé (y compris les départements d'anatomie et de biologie cellulaire, de biochimie, de microbiologie et d'immunologie, de pathologie, de pharmacologie et de toxicologie, et de physiologie)
- Centre d'études en neuroscience
- Pathologie et médecine moléculaire
- Pharmacologie et toxicologie
- Psychologie
- École de radiologie de l'Est de l'Ontario (en collaboration avec l'Hôpital général de Kingston).

Les stages académiques prévus pour la formation des résidents en médecine dans 16 spécialités au sein du Centre des sciences de la santé du Sud-Est de l'Ontario se font non seulement dans les hôpitaux et les cabinets médicaux de la région du RLISS du Sud-Est, mais aussi dans les RLISS du Centre-Est, de Champlain, du Nord-Est et de Toronto.

3.6.3 Autres établissements d'enseignement

Parmi les autres établissements d'enseignement qui dispensent des programmes dans le domaine de la santé dans le RLISS du Sud-Est, on retrouve :

- Le Collège Loyalist (Belleville) – Promotion de la forme physique et de la santé, diplôme en sciences infirmières, travail paramédical (campus de Bancroft), soutien à la personne, techniques infirmières, diplôme préparatoire aux sciences de la santé et travail social.
- Le Collège St. Lawrence (Kingston) – Diplôme préparatoire aux sciences de la santé (Pre-BScN), baccalauréat en sciences infirmières (BScN), promotion de la forme physique et de la santé, gestion de l'information en santé, sciences de laboratoire médical, formation de techniciens de laboratoire médical, travail paramédical, soutien à la personne et techniques infirmières.

Il est également important de souligner que certains organismes d'éducation en santé situés à l'extérieur du RLISS du Sud-Est donnent leur soutien à notre RLISS et utilisent nos hôpitaux pour les stages cliniques.

3.6.4 Recherche clinique

Au Centre des sciences de la santé du Sud-Est de l'Ontario, la recherche est effectuée surtout à la faculté des sciences de la santé de l'Université Queen's et dans ses trois hôpitaux d'enseignement affiliés, c'est-à-dire l'Hôpital général de Kingston, l'Hôpital Hôtel-Dieu et le Providence Continuing Care Hospital. D'autres facultés de l'Université, notamment la faculté des sciences appliquées et celle des arts et des sciences, participent également aux activités de recherche en santé, tandis que certains centres cliniques, comme l'Hôpital Ongwanada et le Bureau de santé publique de Kingston, comptent parmi leur personnel des professeurs de l'Université Queen's qui font de la recherche. La plupart des chercheurs cliniques sont professeurs à l'Université Queen's, ce qui simplifie énormément la coordination de la recherche dans un petit centre. Les chercheurs du Centre des sciences de la santé du Sud-Est de l'Ontario travaillent en collaboration avec leurs homologues d'autres centres hospitaliers universitaires en Ontario, au Canada et ailleurs dans le monde.

3.7 État de préparation à la cybersanté

Lorsqu'il s'agit de la capacité d'échanger de l'information avec d'autres hôpitaux, les hôpitaux du RLISS du Sud-Est dépassent considérablement la moyenne provinciale.

En 2005, l'Ontario Hospital Association a évalué la mesure dans laquelle les hôpitaux de l'Ontario sont prêts à participer à la stratégie provinciale de cybersanté. Pour cela, l'association a mené un sondage (Ontario Hospitals Connected for Care : 2005 EHR Readiness Survey) visant à mesurer les capacités des organismes et l'adoption de solutions faisant appel au dossier médical électronique. Un rapport décrivant l'état de préparation à la cybersanté des hôpitaux du RLISS du Sud-Est a été publié en août 2005. Le sondage couvrait les grands points suivants :

1. Le niveau de capacité fonctionnelle et d'utilisation du dossier électronique du patient

2. Le niveau de capacité organisationnelle et humaine d'utilisation du dossier électronique du patient

3. Le niveau de préparation à l'utilisation du dossier médical électronique à l'échelon régional et parmi divers organismes.

Dans la plupart des cas, les résultats du RLISS du Sud-Est étaient très semblables à la moyenne provinciale. Un résultat, par contre, se démarquait : lorsqu'il s'agit de la capacité d'échanger de l'information avec d'autres hôpitaux de la province, les hôpitaux du RLISS du Sud-Est dépassent considérablement la moyenne provinciale.

Les indicateurs pour lesquels les résultats du RLISS du Sud-Est étaient inférieurs à la moyenne provinciale étaient les suivants :

- L'utilisation de l'entrée des commandes
- Les capacités interorganisationnelles de l'index électronique principal sur les patients
- L'utilisation interorganisationnelle de l'index électronique principal sur les patients
- L'interopérabilité dans l'utilisation du dossier médical électronique ou du dossier électronique du patient

Tous ces résultats portent à croire qu'à ces égards, les hôpitaux du RLISS du Sud-Est sont relativement moins préparés à échanger de l'information sur les patients avec d'autres fournisseurs de services.

Le comité directeur de la technologie de l'information et des télécommunications du réseau de santé du Sud-Est de l'Ontario a été créé pour diriger la mise sur pied des projets régionaux intégrés de technologie de l'information et de communications des organismes membres.

En août 2004, le comité directeur de la technologie de l'information et des télécommunications du réseau de santé du Sud-Est de l'Ontario[61] a été créé pour diriger l'établissement des priorités et la mise sur pied des projets régionaux intégrés de technologie de l'information et de communications des organismes membres. Ce comité a élaboré un plan stratégique régional d'information à l'appui d'un modèle de réseau local d'intégration des services de santé à l'intention des membres du réseau de santé du Sud-Est. Ce plan stratégique vise à continuellement améliorer la prestation des services régionaux de technologie de l'information et de communications.

Ce plan stratégique articule une vision unifiée de l'avenir de la technologie de l'information et des communications dans le Sud-Est de l'Ontario. Cette vision est conforme aux orientations nationales et provinciales. Le plan renferme cinq thèmes stratégiques :

1. La connectivité régionale

[61] Les membres du réseau de santé du Sud-Est de l'Ontario sont le Centre d'accès aux soins communautaires de Lanark, Leeds et Grenville, l'Hôpital général de Brockville, le Centre d'accès aux soins communautaires de Hastings/Prince Edward, le Bureau de santé publique de Hastings/Prince Edward, l'Hôpital Hôtel-Dieu de Kingston, le Centre d'accès aux soins communautaires de Frontenac, Lennox et Addington, le Bureau de santé publique de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington, l'Hôpital général de Kingston, le Kingston Regional Cancer Centre, le bureau régional d'action Cancer Ontario, la circonscription sanitaire du district de Leeds, Grenville et Lanark, l'Hôpital général du comté de Lennox et Addington, l'Hôpital du district de Perth et Smiths Falls, le Providence Continuing Care Centre, la faculté des sciences de la santé de l'Université Queen's et Quinte Healthcare Corporation.

2. Les dossiers médicaux électroniques
3. La télémédecine
4. L'infrastructure partagée
5. L'accès aux médecins dans la collectivité

Le plan aborde l'importance de procéder à la planification stratégique de la technologie de l'information et des communications selon une approche régionale, et met l'accent sur ce point. Cette approche privilégie l'intégration des systèmes existants, plutôt que la migration forcée de l'information vers un système commun.

On s'attend à ce que ce plan serve de point de départ à l'élaboration du plan de cybersanté du RLISS du Sud-Est. Ce plan portera surtout sur l'inclusivité dans toutes ses dimensions (dans tous les secteurs) et sur l'élaboration d'un plan d'action détaillé visant à réaliser la connectivité parmi les secteurs et parmi les fournisseurs de services des divers secteurs. Le plan régional de technologie de l'information des fournisseurs de services a pour but d'intégrer l'information tout en maintenant les systèmes existants, plutôt que d'opter pour la migration forcée de l'information vers un système commun. On s'attend à ce que le passage à un système intégré et partagé s'accompagne d'autres investissements. Tous les achats futurs tiendront compte de la possibilité d'intégrer l'information davantage et de réaliser des économies d'échelle par l'intégration du matériel et des logiciels.

4.0 Priorités du RLISS en matière de changement

Dans l'ensemble, le système de santé dans le RLISS du Sud-Est fonctionne bien.

Après avoir analysé l'état de santé de la population, l'utilisation des services de santé, les capacités des fournisseurs des services de santé du RLISS et, point très important, la participation communautaire et les résultats des consultations menées auprès des intervenants dans le but d'élaborer ce plan d'intégration des services de santé du RLISS, nous sommes convaincus que, dans l'ensemble, le système fonctionne bien, surtout si on le compare aux systèmes d'autres régions de la province, du pays et surtout du monde entier.

Les activités de participation communautaire et d'analyse de la situation menées au cours de l'élaboration de ce plan ont toutefois permis de relever des besoins qui se manifestent dans la région du Sud-Est et qui concernent la santé de la population et le développement du système de santé. À notre avis, tous ces besoins sont importants et si nous y répondons, nous pouvons améliorer notre système de santé local et la santé de notre population. Il n'est toutefois pas possible ni même souhaitable de tout faire en même temps. Le RLISS du Sud-Est a donc choisi certains de ces besoins et s'attachera, au cours des trois années visées par ce plan, à faire un examen plus poussé de la situation et à élaborer des activités de développement. C'est ce que nous avons appelé les priorités en matière de changement. Ces priorités ont été fixées en fonction de facteurs tels que l'urgence, la mesure dans laquelle la collectivité est prête à procéder au développement, les exigences législatives et réglementaires et la disponibilité des ressources, pour n'en nommer que quelques-uns. Il convient de noter que tous les points dont nous allons parler représentent des priorités pour le RLISS. Ils ne sont toutefois pas présentés par ordre d'importance. Ces priorités sont exprimées comme suit :

- Améliorer l'accès :
  - aux soins de santé primaires
  - aux soins médicaux spécialisés
  - aux services de santé mentale
  - aux services de toxicomanie
  - aux services de réadaptation
  - aux services de transport pour obtenir des soins
- Améliorer la disponibilité des soins de longue durée

- Faciliter le mouvement des patients d'un organisme de santé à l'autre et d'un professionnel à l'autre
- Établir une meilleure communication entre le RLISS du Sud-Est et les collectivités autochtones locales
- Améliorer l'accès aux services de santé en français
- Procéder à la création et à l'utilisation de systèmes électroniques d'information en santé
- Élaborer un plan régional des ressources humaines en santé.

Nous allons discuter de tous ces points dans les paragraphes qui suivent.

4.1 Accès aux soins

Les résidents de la région du RLISS affirment éprouver des difficultés à obtenir les services de santé dont ils ont besoin.

L'accès aux soins pose un problème majeur dans le RLISS du Sud-Est. Chaque collectivité, chaque population ayant des besoins spéciaux et chaque région géographique a ses propres défis, mais partout dans la région, les résidents affirment éprouver des difficultés à obtenir les services de santé dont ils ont besoin. Dans les paragraphes qui suivent, nous allons discuter des principaux types de soins que nous devons rendre plus accessibles.

4.1.1 Accès aux soins de santé primaires

Dans toute la région du RLISS du Sud-Est, sauf le comté de Prince Edward, la difficulté à obtenir les services de médecins de famille constituent un problème prioritaire.

On peut définir les services de santé primaires comme un ensemble de services de premier niveau qui servent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostiques, d'entretien, curatifs, de réadaptation, de soutien et palliatifs[62].

Les soins de santé primaires remplissent une double fonction dans le système de santé :

- La prestation directe de services de premier contact (par des fournisseurs comme les médecins de famille, les infirmières praticiennes et les lignes d'info-conseils, etc.) et
- La coordination des services pour assurer la continuité du traitement et la facilité de mouvement dans tout le système de santé, pour que les soins demeurent intégrés quand les

[62] Lamarche, P., Beaulieu, M., Pineault, R., Contandriopoulos, A., Denis, J. et Haggerty, J. *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada.* Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (Novembre 2005).

Canadiennes et les Canadiens ont besoin de services plus spécialisés (services de spécialistes ou dans les hôpitaux, par exemple)[63].

On s'entend pour dire que les services offerts par les fournisseurs de soins de santé primaires devraient inclure[64,65] :

- La promotion de la santé[66]
- La prévention des maladies
- Le traitement des maladies communes et des blessures
- Les soins de santé mentale primaires
- La gestion des maladies chroniques
- Le développement sain des enfants
- Les soins de maternité primaires
- Les services d'urgence de base
- L'aiguillage vers d'autres niveaux de soins et la coordination avec ceux-ci
- Les services de réadaptation
- Les soins palliatifs et les soins de fin de vie

Dans toute la région du RLISS du Sud-Est, sauf le comté de Prince Edward, les gens ont affirmé en très grand nombre que la difficulté à obtenir les services de médecins de première ligne constitue un problème prioritaire. Il semble que la difficulté à avoir accès à un médecin de famille se retrouve aussi bien dans les collectivités rurales que dans les villes, dans tous les groupes d'âge et chez tous les types de patients. Ces difficultés sont attribuées au nombre insuffisant de médecins de famille.

Beaucoup de gens ont dit qu'ils ne pouvaient tout simplement pas avoir de médecin de famille. Dans certaines collectivités, comme Kingston et Trenton, plus de 15 % des patients

---

[63] Site Web de Santé Canada : À propos des soins de santé primaires à www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos/index_f.html.

[64] Ibid.

[65] Fooks, C., *Implementing Primary Care Reform in Canada: Barriers and Facilitators*. Canadian Policy Research Networks, Inc. (janvier 2004).

[66] La promotion de la santé auprès de la population est une responsabilité qui relève du domaine de la santé publique. Les fournisseurs de soins de santé primaires devraient collaborer avec les services de santé publique pour identifier les domaines d'intérêt et assurer la prestation des services de promotion de la santé.

accueillis dans les services d'urgence des hôpitaux locaux sont des patients orphelins[67]. Les nouveaux résidents qui viennent s'installer sont habituellement incapables d'obtenir un médecin de famille et doivent souvent retourner dans leur ancienne collectivité pour consulter le médecin de famille qu'ils avaient à cet endroit. Les résidents de longue date, pour leur part, peuvent devenir orphelins lorsque leur médecin de famille prend sa retraite, décède ou déménage.

Un grand nombre de patients sont inscrits sur de longues listes d'attente pour obtenir un médecin de famille.

Un grand nombre de patients sont inscrits sur de longues listes d'attente pour obtenir un médecin de famille. Fait troublant, les gens de plusieurs collectivités ont signalé que les médecins de famille refusent ou laissent tomber des patients et que, selon eux, les médecins de famille agissaient de la sorte parce que la nature ou la complexité des problèmes de santé rendaient certains patients « moins attrayants » aux yeux de médecins très occupés.

Les fournisseurs de services de la région du Sud-Est ne sont pas assez disponibles pour répondre aux besoins de soins de santé primaires de la population.

Les résultats des activités de participation communautaires et de consultation sont renforcés par les résultats de notre analyse des données et montrent tous que l'utilisation des services des médecins de famille et la disponibilité des médecins de famille dans le RLISS sont semblables à la moyenne provinciale. Il est par contre très évident que l'effectif de médecins de famille dans la province est insuffisant pour répondre aux besoins de soins de santé primaires de la population.

Autre point important : l'effectif de médecins semble varier considérablement d'un endroit à l'autre dans la région du RLISS, si bien qu'à certains endroits, les services de médecins de famille sont plus accessibles qu'ailleurs.

Il y a un besoin de services d'éducation sur la santé et de gestion des maladies chroniques.

Le nombre relativement élevé de personnes atteintes de maladies chroniques dans le RLISS du Sud-Est et le taux relativement élevé d'hospitalisations pour des troubles propices au traitement ambulatoire suggèrent qu'il existe un besoin de soins de santé primaires, et surtout de services d'éducation sur la santé et de gestion des maladies. La pénurie apparente de médecins et le manque d'accès aux médecins de première ligne réduisent vraisemblablement l'efficacité des services d'éducation sur la santé et de gestion des maladies chroniques dans le RLISS du Sud-Est. Pour résoudre ce problème, on devrait considérer la possibilité d'adopter des modèles de soins primaires intégrés et multidisciplinaires qui se sont avérés efficaces pour offrir ces services, surtout aux personnes atteintes de maladies chroniques.

[67] Personnes qui n'ont pas de médecin de famille.

4.1.2 Accès à des spécialistes

L'accès à des spécialistes et des sous-spécialistes[68] et à des services diagnostiques à l'appui ont été identifiés comme une réelle préoccupation. Les facteurs mentionnés qui nuisent à l'accès à ces services sont le manque de personnel et les obstacles géographiques.

La pénurie de médecins de famille aggrave la difficulté posée par l'accès aux spécialistes.

Les personnes qui ont assisté aux séances de participation communautaire et de consultation auprès des intervenants étaient d'avis que la pénurie de médecins de famille aggrave la difficulté posée par l'accès aux spécialistes. Les participants ont dit que, puisqu'il faut habituellement avoir une recommandation d'un médecin de famille pour consulter un spécialiste, la difficulté à obtenir un médecin de famille, en soi, fait qu'il est plus difficile d'obtenir les soins de spécialistes. On a également suggéré que, parce que les médecins de famille sont surchargés, il est possible qu'ils recommandent des patients à des spécialistes plutôt que de donner eux-mêmes les soins qui relèvent de leur champ d'activité, mais qu'ils n'ont pas le temps de donner. Si c'est vrai, il est fort probable que le nombre d'aiguillages vers des spécialistes soit plus élevé qu'il ne faut. Ces comportements contribuent probablement, du moins en partie, à accroître les listes et les temps d'attente pour consulter des spécialistes. Pour leur part, les spécialistes disent qu'ils sont difficilement accessibles en raison de la pénurie de médecins de première ligne et que la situation les force à assurer eux-mêmes le suivi des patients, alors que cette tâche relève normalement des fournisseurs de soins primaires.

D'importants obstacles rendent les soins de spécialistes inaccessibles.

Les obstacles à l'accès aux soins de spécialistes ont été mentionnés à maintes reprises, que la collectivité se trouve à proximité ou à distance des centres urbains où les spécialistes travaillent. Sauf quelques rares exceptions, les patients doivent se rendre à Kingston, Belleville, Trenton ou Ottawa pour consulter des spécialistes. La nécessité de voyager représente un obstacle important à l'obtention des soins de spécialistes, surtout si les patients doivent se rendre à de multiples rendez-vous.

Les spécialités dans lesquelles on a le plus souvent indiqué une pénurie d'effectifs sont la dermatologie, l'obstétrique et la gynécologie, l'orthopédie, la pédiatrie, la chirurgie plastique, la psychiatrie et la rhumatologie.

[68] La question de l'accès aux services de spécialistes porte surtout sur les soins des sous-spécialistes.

Lorsque les patients réussissent à obtenir les services de spécialistes, l'accès au traitement en milieu hospitalier est aussi bon qu'ailleurs dans la province.

Les données concernant les taux d'hospitalisations pour des soins secondaires et tertiaires indiquent toutefois que, lorsque les patients réussissent à obtenir les services de spécialistes, l'accès au traitement en milieu hospitalier et en clinique externe est aussi bon qu'ailleurs dans la province.

4.1.3 Accès aux services de santé mentale

Il est difficile d'obtenir la gamme complète de services de santé mentale.

Dans toutes les collectivités, on a indiqué qu'il est difficile d'obtenir la gamme complète de services de santé mentale, depuis les soins en cas de crise jusqu'au soutien communautaire de longue durée.

Dans de nombreuses collectivités, les soins en cas de crise ont été reconnus comme étant particulièrement difficiles à obtenir. Lorsque les salles d'urgence des collectivités à l'extérieur des centres urbains de Kingston et de Belleville ont besoin de soins psychiatriques d'urgence, elles doivent obtenir en cas de crise l'aide par téléphone de psychiatres et d'équipes d'intervention travaillant dans ces villes. Bien que ce soutien soit disponible, ces collectivités ont ajouté qu'il est également difficile d'avoir accès à des soins psychiatriques pour les patients hospitalisés lorsque ces soins sont requis.

Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale chroniques ou de longue durée ont également mentionné des problèmes d'accès aux services, et plus particulièrement aux soins ambulatoires et aux services de soutien communautaire. Toutes les collectivités du RLISS du Sud-Est, aussi bien les collectivités rurales que les centres urbains de Kingston et de Belleville, ont déclaré que l'accès aux services est un problème. De leur côté, les fournisseurs de services ont soutenu avec énergie qu'il faut absolument donner accès à des services communautaires adéquats pour réduire le phénomène de la « porte tournante » au niveau de la demande de services en cas de crise et de services actifs. Les fournisseurs régionaux de Kingston se sont dits particulièrement préoccupés par le manque de soutien communautaire adéquat appelé à remplacer les lits de soins psychiatriques chroniques qui seront bientôt éliminés.

La situation est particulièrement problématique lorsqu'il s'agit de l'accès à des services psychogériatriques, des services de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, des services pour les personnes ayant des troubles concomitants, des services aux sans-abri atteints de problèmes de santé mentale et des services de psychiatrie légale.

4.1.4 Accès aux services de toxicomanie

Partout dans la région, l'accès aux services de toxicomanie pose un problème majeur.

Partout dans la région, l'accès aux services de toxicomanie pose un problème majeur. Très souvent les patients doivent sortir de leur collectivité pour obtenir un traitement. En dehors des centres urbains, aucun programme local de gestion du sevrage ou de désintoxication n'est offert. On a mentionné que les patients qui recherchent des services à l'extérieur de leur collectivité ont de la difficulté à obtenir un transport ou que le transport est excessivement dispendieux. De plus, la gestion des médicaments pose des difficultés à ces patients parce que, très souvent, ils n'ont pas accès à un médecin de famille pour les services de suivi et la gestion du traitement. Il a été noté que les programmes de logement avec services de soutien permettant à ces patients de rester dans leur collectivité sont insuffisants d'un bout à l'autre de la région du Sud-Est.

4.1.5 Accès aux services de réadaptation

Le taux d'utilisation des services de réadaptation pour patients hospitalisés dans le RLISS du Sud-Est est de beaucoup inférieur à la moyenne provinciale.

Le taux d'utilisation des services de réadaptation pour patients hospitalisés dans le RLISS du Sud-Est est de beaucoup inférieur à la moyenne provinciale. L'accès à ces services pose un problème. Seulement 1,6 % des patients admis dans des hôpitaux de soins actifs du RLISS du Sud-Est sont ensuite envoyés dans des centres de réadaptation pour patients hospitalisés. Ces patients passent 18 % de leur temps dans un hôpital de soins actifs à attendre une place dans un programme de réadaptation pour patients hospitalisés.

La disponibilité des services de réadaptation communautaires et l'accès à ces services affichent d'importants déficits.

Cette situation ne pose toutefois pas de problème majeur dans les endroits où l'accès à des services de réadaptation communautaires est adéquat. La disponibilité des services de réadaptation communautaires et l'accès à ces services affichent toutefois d'importants déficits. Les fournisseurs de services de santé indiquent que la demande de services de réadaptation à domicile dépasse largement l'offre et que les patients doivent attendre pour recevoir des soins. Les hôpitaux, en raison de leurs contraintes budgétaires, ne sont pas en mesure d'offrir des services de réadaptation en clinique externe. Tout comme les organismes de services de réadaptation, les hôpitaux ont également de la difficulté à attirer des thérapeutes, ce qui est encore plus vrai dans les petits hôpitaux des régions rurales.

Même si les patients sont capables d'assumer le coût des services couverts par des régimes privés, il semble que les services soient difficiles à obtenir à temps en raison de la pénurie de thérapeutes. C'est particulièrement le cas des services de réadaptation offerts à domicile.

4.1.6 Transport pour obtenir des soins

La région dans son ensemble est bien desservie en fait de services de transport d'urgence.

Au cours des consultations menées auprès des intervenants, tout le monde s'est entendu pour dire que la région dans son ensemble est bien desservie en fait de services de transport d'urgence (en ambulance). Les participants n'ont toutefois pas tardé à souligner que, bien qu'il soit relativement simple d'emmener les patients aux services d'urgence ou aux hôpitaux de soins actifs, le transport du retour, lorsqu'il n'y a plus d'urgence ou que les soins actifs ont été reçus, peut poser un défi de taille.

Le transport requis pour obtenir des soins médicaux non urgents constituent un problème dans toutes les collectivités du RLISS du Sud-Est.

De la même façon, le transport requis pour obtenir des soins médicaux non urgents constitue un problème dans toutes les collectivités. Les personnes qui n'ont pas leur propre transport doivent compter sur d'autres moyens qui, dans la plupart des collectivités, n'existent pas ou sont trop coûteux. Seuls les grands centres urbains ont des systèmes de transport en commun. Bien que la plupart des collectivités soient dotées de services privés de transport à des rendez-vous médicaux et de services de taxi, et que certains de ces modes de transport soient offerts par des services de soutien communautaires, il semble que tous ces services ne parviennent pas à répondre à la demande actuelle.

On a également mentionné que, dans bon nombre de collectivités, aucun transport accessible n'est offert aux personnes en fauteuil roulant ou en civière. Ces personnes doivent avoir recours à des services de transport privés pour soins médicaux, et ces services sont peu nombreux.

Sans transport, les gens ne pourront pas avoir accès à des services élargis ou améliorés dans la région, même s'ils existent. Le RLISS doit donc, dans sa planification, tenir compte des transports dont la population a besoin pour obtenir des soins.

De plus, il faut améliorer le transport des patients qui doivent aller d'un hôpital à l'autre pour obtenir des traitements spécialisés et des services diagnostiques, et surtout le transport d'urgence des patients qui ne peuvent pas attendre.

4.2 Disponibilité des soins de longue durée

Près de 60 % des jours-patient d'attente dans les hôpitaux pour d'autres niveaux de soins consistent à attendre une forme quelconque de soins de longue durée en établissement.

Les résidents de la région du RLISS du Sud-Est doivent attendre pour obtenir des soins de longue durée en établissement. 47 % des jours-patient d'attente pour d'autres niveaux de soins dans les hôpitaux du Sud-Est de l'Ontario sont utilisé par des patients qui attendent d'être placés dans des foyers de soins de longue durée. 13 % sont également utilisés par des patients qui attendent d'être placés dans des centres de soins continus complexes (établissements de soins pour malades chroniques). Si l'on additionne ces deux statistiques, près de 60 % des jours-patient d'attente pour d'autres niveaux de soins consistent à attendre une forme quelconque de soins de longue durée en établissement.

Les membres de la collectivité doivent également attendre pour être admis dans des établissements de soins de longue durée. Le nombre de personnes qui attendent un lit par rapport au nombre de lits disponibles dans le RLISS du Sud-Est représente le troisième ratio le plus élevé de tous les RLISS de l'Ontario, et continue d'augmenter.

Les lits dans les établissements de soins ne sont que l'une des composantes du continuum de soins de longue durée. Les lits dans les foyers pour personnes âgées, les places dans les programmes de logement avec services de soutien et les services à domicile sont également d'autres moyens de répondre aux besoins de soins de longue durée. Un grand nombre de collectivités desservies par le RLISS du Sud-Est, sinon toutes, éprouvent toutefois un manque de ces autres types de soins de longue durée.

4.3 Intégration des services le long du continuum de soins

Pour le grand nombre de personnes atteintes de maladies chroniques dans le RLISS du Sud-Est, l'amélioration de l'intégration et de la prestation des services le long du continuum de soins revêt une importance particulière.

Lors des séances de participation communautaire, les participants ont insisté, en très grand nombre, sur l'importance d'améliorer la coordination des services le long du continuum de soins à l'intérieur du système de santé du RLISS du Sud-Est. Le problème considéré le plus épineux est le manque de communication entre les fournisseurs de services au sujet des patients. Cette façon de procéder est particulièrement problématique lorsque, par exemple, les patients passent d'un fournisseur de soins de première ligne au service d'urgence d'un hôpital; d'un hôpital à l'autre; d'un hôpital à nouveau à un fournisseur de soins de première ligne; et d'un hôpital à un fournisseur de soins à domicile dans un endroit géographiquement éloigné. Il semble que l'on ait la possibilité de mettre en œuvre de nouveaux procédés et de nouveaux mécanismes permettant d'améliorer la circulation des patients

à l'intérieur du système. Tout le monde s'entend sur le fait qu'il faut mieux coordonner les transitions à l'intérieur du système et que l'on pourrait améliorer la situation en concentrant nos efforts sur des mesures permettant de normaliser les procédés, de faciliter l'échange d'information et de réduire la duplication.

Pour le grand nombre de personnes atteintes de maladies chroniques dans le RLISS du Sud-Est, l'amélioration de l'intégration et de la prestation des services le long du continuum de soins revêt une importance particulière. En raison de la nature de leur maladie, un grand nombre de ces personnes ont des interactions suivies plutôt que ponctuelles avec de multiples éléments du système de santé plutôt qu'avec un seul. L'intégration des services le long du continuum de soins aura pour effets d'améliorer la qualité de leurs soins et de réduire au minimum les épisodes de détérioration de leur qualité de vie et de leur santé, très souvent causés par des interruptions à l'intérieur du système de santé.

4.4 Participation des communautés autochtones

Les populations des Premières nations ont une espérance de vie plus courte et une moins bonne santé que la population canadienne en général.

Les études canadiennes sur la santé des Premières nations démontrent constamment que ces populations ont une espérance de vie plus courte et une moins bonne santé que la population canadienne en général. Le RLISS du Sud-Est devra élaborer et mettre en œuvre un cadre permettant d'entretenir un dialogue suivi avec les Premières nations vivant dans les réserves et hors réserve ainsi qu'avec les communautés vivant hors réserve à l'intérieur du RLISS. La stratégie provinciale de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones créera un cadre permettant à cette population de se joindre à l'exercice de participation communautaire.

Il sera également important d'entamer un dialogue avec le RLISS du Nord-Est au sujet des services que fournit la communauté médicale de Kingston aux populations autochtones de cette région, surtout en ce qui concerne les services de dialyse fournis aux résidents de Moose Factory.

4.5 Prestation de services de santé en français

Le manque de services en français pourrait affecter la qualité des services de santé et la santé des résidents francophones de la région.

La région manque de professionnels de la santé (médecins de famille, chirurgiens, spécialistes et personnel infirmier) capables d'offrir des services de santé en français. De plus, on note un manque d'intérêt pour assurer la prestation de services en français. Il semble que ces facteurs présentent des obstacles importants qui empêchent la population francophone de la région d'avoir accès à des services en français. La barrière des langues a certaines implications :

- Il est moins probable que les francophones utilisent les services de santé pour des raisons de prévention.
- Les consultations prennent plus de temps, il faut plus de tests diagnostiques et le risque d'erreur dans le diagnostic et le traitement est plus grand.
- La qualité des soins peut s'en ressentir, il est moins probable que les patients suivent le traitement et les patients auront une moins grande satisfaction des soins et des services.

Le manque d'accès à des services de santé en français dans le RLISS du Sud-Est pourrait affecter la qualité des services de santé et la santé des résidents francophones de la région.

4.6 Intégration de la cybersanté

Le partage de l'information le long du continuum de soins est particulièrement important pour répondre aux besoins des nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques dans le RLISS du Sud-Est.

Le sondage sur la préparation aux dossiers de santé électroniques mené par l'Ontario Hospital Association en 2005 a révélé que les hôpitaux du RLISS du Sud-Est se situent au-dessous de la moyenne provinciale sur les points suivants :

- La capacité d'utilisation interorganisationnelle de l'index électronique principal sur les patients
- L'utilisation interorganisationnelle de l'index électronique principal sur les patients
- L'interopérabilité dans l'utilisation de l'index électronique principal sur les patients ou tout autre dossier électronique du patient

Ces résultats suggèrent que les hôpitaux du RLISS du Sud-Est sont relativement moins prêts à partager de l'information sur les patients avec des fournisseurs de services autres que des hôpitaux, comparé aux hôpitaux d'autres régions de la province. Cette constatation s'est également dégagée de nos consultations auprès des intervenants. Il semble que d'autres organismes ne soient pas mieux préparés à partager de l'information sur les patients par voie électronique.

Bien que beaucoup de progrès aient été réalisés sur cette question, la plupart des participants ont indiqué qu'il est nécessaire d'avoir des dossiers électroniques des patients pour rendre l'information sur les patients disponible à tous les fournisseurs. Sans un outil de ce genre, il y aura inévitablement de la duplication, de l'inefficacité et un risque d'erreur. On a souligné que le partage de l'information est particulièrement important pour répondre aux besoins des nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques le long du continuum de soins.

4.7 Plan régional de ressources humaines en santé

Le RLISS devrait prendre les devants et élaborer un plan général de ressources humaines en santé pour la région.

Le système de santé reconnaît que le nombre insuffisant de professionnels de la santé qualifiés travaillant dans les nombreuses disciplines et les divers groupes professionnels constituent un problème majeur. Jusqu'à récemment, nous n'avions aucun système ni aucune structure convenable en place pour soutenir la planification et le développement des ressources humaines à l'échelon national, provincial ou local.

Lors des consultations menées auprès des intervenants, un grand nombre de participants étaient d'avis que le RLISS devrait prendre les devants et élaborer un plan général de ressources humaines en santé pour la région. Certains ont même dit que le RLISS devrait également diriger la mise en œuvre de ce plan effectuée par tous les organismes de services de santé, ce qui englobe le recrutement, le maintien en place et le perfectionnement de tous les fournisseurs de services de santé dont le RLISS a besoin et dont il aura besoin à l'avenir. Ils ont ajouté qu'un processus régional permettrait d'éviter que les fournisseurs de services dans une région « volent » le personnel les uns des autres.

Ce plan devrait s'inspirer du travail déjà effectué par les comtés de Hastings et de Prince Edwards, qui ont élaboré un cadre préliminaire de la planification des ressources humaines, intitulé « Directions: Moving Forward with Health Human Resources ».

5.0 Priorités du RLISS et orientations stratégiques du MSSLD

Le tableau de la page suivante présente le lien qui existe entre les priorités en matière de changement du RLISS du Sud-Est et l'ébauche des orientations stratégiques du MSSLD. Comme nous pouvons le voir, chaque priorité du RLISS correspond à une ou plus d'une orientation stratégique du ministère.

Ébauche des orientations stratégiques du MSSLD	Priorités en matière de changement du RLISS du Sud-Est						
	1	2	3	4	5	6	7
	Accès aux soins	Disponibilité des soins de longue durée	Intégration des services le long du continuum de soins	Participation des communautés autochtones	Prestations de services de santé en français	Intégration de la cybersanté	Plan régional de ressources humaines en santé
Renouveler la participation et les partenariats communautaires à l'intérieur et autour du système de santé :	X		X	X			X
Mettre en place des structures et des procédés de gouvernance efficaces							
Articuler la planification du système de santé local autour de l'information et de la participation communautaires				X			
Établir des partenariats avec d'autres participants à l'intérieur du système de santé local, y compris les bureaux de santé public et les groupes de soins primaires	X		X				
Faire appel à la participation active de la collectivité dans les processus de planification communautaire locale							X
Améliorer l'état de santé de la population ontarienne :	X		X	X	X		X
Améliorer la santé de toute la population ontarienne, et surtout des groupes dont l'état de santé est le moins bon	X		X	X	X		X
Améliorer la mise en œuvre de programmes provinciaux de dépistage des maladies	X						
Veillez à ce que les Ontariennes et les Ontariens aient un accès équitable aux services de santé dont ils ont besoin, où qu'ils vivent et quel que soit leur statut culturel et socioéconomique	X	X	X	X	X		X
Réduire les temps d'attente pour les services-clés	X	X	X				X
Réduire les obstacles à l'accès	X	X	X	X	X		
Procéder à une planification et une gestion plus efficaces des ressources humaines en santé							X
Mettre les soutiens voulus en place pour permettre aux Ontariennes et aux Ontariens de vieillir à l'endroit qui leur convient le mieux	X	X	X				
Améliorer les résultats en matière de qualité des soins de santé	X		X			X	
Axer la planification et la coordination des services de santé et de la gestion des maladies chroniques sur le patient	X		X				
Diriger l'amélioration continuelle de la qualité du système de santé et participer à cette tâche							
Améliorer l'intégration et la coordination des services de santé relatifs à la prévention, à la promotion, au diagnostic, au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, en fonction des besoins de la population	X		X			X	
Améliorer la sécurité et l'efficacité des services de santé							
Établir un cadre permettant d'assurer la viabilité du système et de produire les meilleurs résultats possible pour les patients et la collectivité	X	X	X			X	X
Répartir les ressources de santé équitablement, en fonction des besoins de santé de la population, y compris la gestion des maladies	X	X					X
Faire un usage optimal des ressources disponibles pour dispenser les soins de santé							
Baser la planification et la prise de décisions sur les faits démontrés, l'analyse de besoins et la valeur de l'investissement							
Dispenser les services efficacement	X		X			X	
Accroître l'usage des milieux appropriés où les soins sont donnés	X	X					
Aider le système de santé local à faire la transition vers un système électronique d'information sur la santé						X	
Assurer la stabilité financière du système							

6.0 Activités en cours

Les fournisseurs de services du RLISS du Sud-Est mènent présentement plusieurs activités qui s'inscrivent à l'appui des orientations stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Dans les pages qui suivent, nous présentons quelques-unes de ces initiatives. Lorsque nous mettrons en œuvre notre plan d'action, nous prendrons appui sur le travail actuel de nos organismes partenaires et nous mettrons leurs réussites à profit afin de réaliser nos objectifs, c'est-à-dire offrir des services de santé plus efficaces et mieux adaptés aux besoins dans la région du Sud-Est de l'Ontario.

6.1 Projet d'intégration du Sud-Est de l'Ontario

Les hôpitaux du Sud-Est de l'Ontario ont uni leurs efforts pour étudier plus à fond la possibilité d'intégrer les procédés et de réaliser des économies tout en améliorant le service. Ce travail porte notamment sur la gestion de la chaîne logistique, les ressources humaines, les services d'information, les services de laboratoire et les services de pharmacie.

Le premier point considéré est la gestion de la chaîne logistique.

La première phase du projet d'intégration du Sud-Est de l'Ontario est déjà entamée et porte sur la gestion de la chaîne logistique. En même temps, on a déjà commencé à faire des demandes de financement à la société Ontario Buys afin d'effectuer des analyses de mise en œuvre dans les domaines des ressources humaines et des services d'information, de laboratoire et de pharmacie. Les hôpitaux du Sud-Est de l'Ontario veulent savoir s'il est possible de réaliser des économies, d'améliorer les soins donnés aux patients et de procurer d'autres avantages aux hôpitaux ou à d'autres organismes de services de santé intéressés. Ils sont d'avis qu'il est sensé de travailler ensemble pour le bienfait des patients. Vu les budgets limités dont ils disposent pour fournir des soins de santé, ils veulent s'assurer que les ressources sont affectées de la meilleure façon possible.

Projet lancé sous les auspices du Health Care Network of Southeastern Ontario (HCNSEO).

Ce projet a été mis en route sous les auspices du Health Care Network of Southeastern Ontario (HCNSEO), un partenariat formé d'hôpitaux, de CASC et d'autres fournisseurs de services de santé de la région. Ce réseau a été créé dans le but d'avoir un point centralisateur d'où il serait possible de planifier les services de façon coordonnée. On a demandé au RLISS du Sud-Est de présider l'équipe de direction du projet d'intégration du Sud-Est de l'Ontario, et le directeur principal, Rendement, Contrats, et Affectations remplit cette fonction depuis avril 2006. Nous allons continuer de travailler en collaboration avec les membres du HCNSEO et d'autres

fournisseurs de services de santé de la région pour explorer les possibilités d'intégration capables de donner lieu à des économies, à une amélioration de la qualité des services et, en bout de ligne, à une situation avantageuse pour les patients.

6.2 Stratégie de réduction des temps d'attente

Les données sur les temps d'attente sont disponibles pour cinq services de santé ciblés.

Le 17 novembre 2004, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée annonçait le lancement officiel de la Stratégie de réduction des temps d'attente. Cette stratégie était conçue pour donner aux adultes ontariens meilleur accès à cinq catégories de services de santé avant décembre 2006. Les cinq catégories de services sont la chirurgie du cancer, certaines interventions cardiaques, la chirurgie de la cataracte, l'arthroplastie de la hanche et du genou et les examens diagnostics par IRM et par tomodensitométrie. L'information sur les temps d'attente dans tous les hôpitaux qui reçoivent des fonds pour des cas supplémentaires est affichée sur le Web depuis octobre 2005. Aux fins de ce plan, nous définissons un temps d'attente comme étant la période de temps qui s'écoule entre le moment où la décision est prise de faire une intervention et le moment où l'intervention est effectivement reçue. Cette information est affichée sur Internet tous les deux mois.

Financement d'un plus grand nombre d'interventions dans les hôpitaux du Sud-Est.

Les hôpitaux de la région du Sud-Est reçoivent des fonds pour effectuer 2 030 chirurgies de la cataracte de plus, 500 arthroplasties de la hanche et du genou de plus, 1 130 interventions de cardiologie de plus et 280 chirurgies du cancer de plus. Étant donné ces interventions supplémentaires, ainsi que d'autres initiatives développées par des hôpitaux et des CASC, le RLISS du Sud-Est a connu une réduction importante des temps d'attente (de 23 % pour la chirurgie du cancer et de 40 % pour la chirurgie de la cataracte) (selon l'analyse de la tendance des temps d'attente dans le RLISS du Sud-Est – données d'avril-mai 2006). Le RLISS du Sud-Est arrive maintenant au troisième rang des temps d'attente les plus courts dans la province pour la chirurgie de la cataracte et la chirurgie du cancer. Les temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche et du genou demeurent préoccupants. On accordera la priorité aux initiatives de réduction des temps d'attente pour ces chirurgies en 2006-2007, puisque l'accès aux soins médicaux spécialisés constitue une priorité de ce plan d'intégration des services de santé également. Au cours de discussions menées entre les hôpitaux, le RLISS et le bureau de la Stratégie de réduction des temps d'attente, on a exprimé certaines préoccupations à l'égard de l'impact éventuel et réel que la stratégie de réduction des temps d'attente aura sur d'autres interventions.

Système d'information sur les temps d'attente.

Système d'information sur les temps d'attente

De plus, les travaux d'élaboration d'un système provincial d'information sur les temps d'attente et d'un index électronique principal sur les patients se poursuivent. L'index électronique ou le registre des clients permettront de faire avancer considérablement l'intégration des services, parce qu'ils permettront à l'information sur les patients de circuler parmi les organismes (une priorité établie dans ce plan d'intégration). Le système d'information sur les temps d'attente donnera accès à l'information en temps réel ou presque, et indiquera aux utilisateurs qu'il fait une comparaison entre les objectifs prioritaires en matière de temps d'attente au niveau du médecin, de l'hôpital, du RLISS et de la province. Cette information servira également à suivre les progrès réalisés dans la réduction des temps d'attente et à identifier les points à améliorer. La région du Sud-Est désire depuis longtemps avoir un outil de gestion régionale de l'accès ayant une portée plus vaste que les cinq services de santé prioritaires et une capacité plus grande que celle de rendre compte des temps d'attente. Le RLISS a mené deux discussions régionales sur cette question et travaille avec le bureau de la Stratégie de réduction des temps d'attente pour déterminer s'il est possible d'utiliser un outil plus robuste dans la région (qui alimenterait le système d'information sur les temps d'attente). On prévoit de faire des démonstrations dans les hôpitaux qui n'utilisent pas l'outil à l'heure actuelle et d'autres discussions avec les cadres supérieurs et les chirurgiens en chef se poursuivront.

Discussions ciblées menées par le RLISS du Sud-Est.

De plus, en août et septembre 2006, le RLISS a mené une série de discussions ciblées avec des dirigeants cliniques-clés dans le but de concevoir une approche stratégique efficace pour amener les chirurgiens et les médecins à participer à l'avancement de la stratégie de réduction des temps d'attente. Un important symposium sera normalement tenu à la fin de l'automne pour discuter de la mise en œuvre de projets précis.

6.3 Programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux

Le Programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux s'ajoute à la Stratégie de réduction des temps d'attente. Mis sur pied à la suite des recommandations formulées par le Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales en juin 2005, ce programme vise les grands objectifs suivants :

Grands objectifs du programme.

1. Créer des mesures péri-opératoires uniformes partout dans la province pour évaluer la qualité et l'efficience des salles d'opération des hôpitaux

2. Identifier les aspects à améliorer afin d'optimiser les capacités chirurgicales et d'améliorer la qualité des soins que reçoivent les patients.

L'accent est mis sur les indicateurs du rendement.

Le but premier du Programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux est de recueillir des données et de rendre compte des résultats d'une série d'indicateurs du rendement, et plus précisément, l'exactitude des heures de début, l'exactitude de la déviation de cas, le taux d'utilisation et le taux d'ajouts. Cette information sera soumise à une analyse détaillée qui permettra aux décideurs des salles d'opération d'identifier et de comprendre les aspects du rendement qui ont un impact sur l'accès et la capacité. Ce programme est appelé à évoluer à mesure que les hôpitaux et les RLISS travailleront avec des consultants en chirurgie pour comprendre les résultats et identifier les points et les options à améliorer. Plus tard en 2006-2007, un deuxième ensemble d'indicateurs, portant cette fois-ci sur la productivité et les mesures de qualité, s'ajoutera au premier. Dans les années à venir, les RLISS et les hôpitaux établiront des objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux et élaboreront des plans d'action visant à améliorer la capacité et l'accès à l'intérieur de chaque RLISS, en fonction des besoins de la population.

6.4 Stratégie des soins aux malades en phase critique

Stratégie quadriennale de 90 millions $.

La Stratégie des soins aux malades en phase critique de l'Ontario a été élaborée pour donner suite aux constatations du rapport final 2005 du Comité ontarien d'experts en matière de soins aux malades en phase critique. Cette stratégie de quatre ans et de 90 millions $ a pour but d'améliorer l'accessibilité, la qualité et l'intégration dans le système des ressources relatives aux soins aux malades en phase critique dans la province et comporte un programme en sept parties très intégré. Cette stratégie vise à créer une culture factuelle de responsabilisation et de coordination au niveau de l'hôpital, du RLISS et de la province. Ses objectifs sont les suivants :

Objectifs

- Aplanir la courbe de la demande afin de réduire le besoin d'investissements liés à la capacité.
- Mettre sur pied un système provincial pour mesurer le rendement des soins aux malades en phase critique et pour en améliorer la qualité.
- Améliorer le degré de normalisation des meilleures pratiques et la formation dans le domaine des soins aux malades en phase critique.

- Offrir un service plus efficace dans le domaine des soins aux malades en phase critique par le biais de procédés opérationnels de gestion, et accroître la planification de la capacité de réponse au niveau du RLISS.

Les sept éléments-clés du programme sont les suivants :

Sept éléments-clés du programme.

1. Système d'information sur les soins aux malades en phase critique
2. Équipes d'intervention en soins aux malades en phase critique
3. Formation à l'échelle du système
4. Collaboration pour améliorer le rendement
5. Aspects éthiques de la question de l'accès
6. Investissements dans les ressources humaines en santé
7. Investissements dans la capacité de prestation de soins aux malades en phase critique.

Activités et constatations initiales.

D[r] John Muscedere a été nommé directeur des soins aux malades en phase critique du RLISS du Sud-Est. Il a commencé par concentrer ses efforts sur la création et la validation d'un inventaire à jour des ressources pour les malades en phase critique dans le Sud-Est de la province. Son groupe a présenté un rapport au Secrétariat des soins aux malades en phase critique le 31 août 2006. Les constatations de ce rapport, ainsi que l'information provinciale, serviront de base à la prestation de soins aux malades en phase critique offerts en Ontario. Les constatations initiales de ce rapport indiquent que, bien que le nombre total de lits pour les malades en phase critique dans le Sud-Est soit comparable à la moyenne provinciale, le nombre de lits avec ventilation mécanique est de beaucoup inférieur à la moyenne provinciale (seulement 28 % dans le RLISS du Sud-Est, contre 61 % dans la province). De plus, bien que 101 lits soient désignés pour les soins aux malades en phase critique, seulement 10 de ces lits permettent la surveillance du patient, surtout pour des soins cardiaques. Le niveau de coopération entre les hôpitaux constitue l'un des grands points forts du RLISS dans les soins aux malades en phase critique. Nous avons l'intention de développer cet atout au moment de la mise en œuvre des sept éléments-clés de la Stratégie des soins aux malades en phase critique.

7.0 Plan d'action

En collaboration avec nos partenaires, nous allons, dans chaque initiative, établir des objectifs précis et fixer des échéances pour apporter des améliorations.

Au cours des trois prochaines années, le RLISS du Sud-Est s'engage à mener les initiatives décrites plus bas. Ces initiatives visent à élaborer des plans et à apporter des changements au système pour répondre à chacune de nos priorités et pour résoudre les problèmes liés à chacune d'elles. En collaboration avec nos partenaires, nous allons, dans chaque initiative, établir des objectifs précis et fixer des échéances pour apporter des améliorations. Pour chaque initiative, nous allons rendre compte des progrès que nous aurons réalisés en vue de l'atteinte de nos objectifs.

7.1 Accès aux soins

Le RLISS du Sud-Est fera des recherches plus poussées, élaborera des plans et travaillera en collaboration avec d'autres organismes dans le but d'apporter des changements au système qui auront pour effet de rendre les soins plus accessibles partout dans la région. Nous allons également chercher à réduire les obstacles souvent considérables auxquels font face les populations de la région ayant des besoins spéciaux lorsqu'elles essaient d'obtenir des soins.

7.1.1 Accès aux soins de santé primaires

Le RLISS du Sud-Est élaborera et mettra en œuvre des stratégies régionales et sous-régionales visant à :

- accroître l'effectif de fournisseurs de soins primaires, et
- donner aux fournisseurs une plus grande capacité de fournir des soins.

Nous allons élaborer des modèles multidisciplinaires et intégrés de prestation des soins de santé primaires.

Ces stratégies auront pour but d'élaborer des modèles multidisciplinaires et intégrés de prestation des soins de santé primaires dans le RLISS du Sud-Est conçus pour dispenser efficacement les soins de santé primaires, surtout aux personnes atteintes de maladies chroniques. Le recours à des équipes multidisciplinaires devrait permettre d'offrir plus de soins de santé primaires dans la région parce que d'autres professionnels, en plus des médecins, pourront répondre aux besoins des patients dans le champ d'exercice de leur profession.

Cette initiative vise les objectifs suivants :

1. Accroître le pourcentage de la population ayant accès régulièrement à un fournisseur de soins primaires ou à une équipe de fournisseurs de soins primaires, et

2. Réduire le recours aux salles d'urgence des centres urbains pour l'obtention de soins primaires.

Si l'on réduit la charge de travail des médecins de première ligne en ayant recours davantage aux professionnels d'autres disciplines pour répondre aux besoins des patients, les médecins de première ligne devraient pouvoir passer plus de temps à traiter et à résoudre les problèmes médicaux plus complexes des patients des équipes de soins primaires[69]. Cela pourrait réduire le nombre d'aiguillages inutiles vers des spécialistes et, par conséquent, réduire les listes et les temps d'attente pour avoir accès à des spécialistes. De plus, si l'on accroît la capacité à offrir des soins de santé primaires, les spécialistes pourront renvoyer les patients vers leurs fournisseurs de soins de santé primaires et, par conséquent, réduire le temps qu'ils consacrent à la prestation des soins primaires de suivi ce qui, encore une fois, leur permettra d'accepter les cas appropriés qui leur sont recommandés.

7.1.2 Accès aux spécialistes

Le RLISS travaillera en collaboration avec les fournisseurs pour recruter le nombre supplémentaire de médecins spécialistes et sous-spécialistes dont il a besoin.

Le RLISS du Sud-Est élaborera et mettra en œuvre des stratégies régionales visant à :

- accroître de façon sélective l'effectif local de médecins spécialistes, et
- améliorer l'accès aux médecins spécialistes (et aux services diagnostiques connexes) pour les services de consultation.

Cette initiative aura pour but de :

1. réduire le nombre d'aiguillages inutiles vers des spécialistes
2. accroître le nombre de spécialistes dans certaines sous-spécialités choisies
3. réduire les temps d'attente pour le premier contact avec un médecin spécialiste.

Comme nous l'avons déjà mentionné, si l'on accroît l'effectif et la capacité des fournisseurs des soins primaires[70], nous

---

[69] Il ne faut pas oublier que, si les patients ont plus de contacts avec des fournisseurs de soins de santé primaires, ceux-ci pourraient très bien relever un plus grand nombre de problèmes de santé exigeant l'aiguillage des patients vers des spécialistes. Cette situation pourrait avoir un effet contraire sur la réduction des aiguillages « inutiles » décrits ici.

[70] Si l'on accroît le nombre de médecins de première ligne sans changer le modèle de soins primaires, on peut se retrouver avec une augmentation plutôt qu'une

pouvons réduire le temps que les spécialistes passent à fournir des évaluations et des services de suivi relevant des soins primaires, et, par conséquent, les spécialistes auront plus de temps pour répondre aux besoins des patients qui leur sont recommandés et qui ont besoin de leurs services.

Si le nombre d'aiguillages effectués par les fournisseurs de soins primaires est réduit, le temps d'attente pour obtenir des services d'évaluation et de planification du traitement de spécialistes devrait, lui aussi, diminuer. Le RLISS se basera sur son plan de ressources humaines en santé et travaillera sélectivement avec les fournisseurs de services pour recruter le nombre supplémentaire de spécialistes et de sous-spécialistes dont il a besoin. Cette mesure permettra également de réduire le temps d'attente pour les services d'évaluation et de planification du traitement de spécialistes.

7.1.3 Réduction des temps d'attente

Nous allons travailler pour améliorer les mécanismes utilisés pour établir les listes d'attente afin d'accorder la priorité aux patients dont les besoins sont les plus pressants.

Les temps d'attente dépendent de la disponibilité des ressources humaines, des technologies et des installations, ainsi que des modèles de mise en attente utilisés pour donner accès à ces ressources. Au cours des trois prochaines années, le RLISS se penchera sur les services pour lesquels les temps d'attente sont longs. Pour ces services, le RLISS travaillera de pair avec la stratégie provinciale de réduction des temps d'attente et en collaboration avec les fournisseurs de soins pour élaborer des plans visant à réaliser les objectifs suivants :

1. Réduire les temps d'attente pour les services.
2. Améliorer la vitesse de roulement des services.
3. Accroître la capacité des fournisseurs de services.

Ces initiatives viseront les objectifs suivants :

- Améliorer les mécanismes utilisés pour établir les listes d'attente.
- Améliorer la gestion des listes d'attente pour accorder la priorité aux patients dont les besoins sont les plus pressants.
- Améliorer l'efficacité de la prestation des services.
- Au besoin, accroître la capacité de fournir des services.

---

diminution du nombre d'aiguillages vers des spécialistes puisqu'un plus grand nombre de médecins de première ligne continueraient de faire des aiguillages « inutiles » vers des spécialistes.

7.1.4 Accès aux services de santé mentale et de toxicomanie

Nous allons élaborer et mettre en œuvre des modèles permettant aux résidents des endroits plus reculés de la région d'avoir accès à des soins convenables de santé mentale et de toxicomanie, au moment où ils en ont besoin.

Le RLISS du Sud-Est fera des recherches plus poussées, élaborera des plans et travaillera en collaboration avec les fournisseurs de services afin d'éliminer les obstacles empêchant les gens d'avoir accès aux services de santé mentale et de toxicomanie existants et afin également d'accroître la prestation de ces services partout dans la région. Le RLISS du Sud-Est cherchera à élargir sa capacité à offrir des services de santé mentale et de toxicomanie.

Ces initiatives viseront les objectifs suivants :

1. Réduire le temps d'attente pour les services.
2. Accroître le nombre de services fournis dans le RLISS.
3. Accroître la répartition équitable des services parmi les collectivités locales de la région entière du RLISS.
4. Accroître le volume de services de santé mentale et de toxicomanie fournis dans le RLISS du Sud-Est.

Un autre élément important de cette initiative (menée de pair avec l'initiative visant à accroître la capacité à offrir des soins de santé primaires) sera l'étude d'un modèle de « soins partagés » applicables aux services de santé mentale, selon lequel les fournisseurs de soins de santé primaires feront partie intégrante du système de maintien et de restauration de la santé mentale. Le RLISS portera une attention particulière à l'élaboration et la mise en œuvre de modèles permettant aux résidents des endroits plus reculés de la région d'avoir accès à des services de santé mentale et de toxicomanie convenables, au moment où ils en ont besoin.

7.1.5 Accès aux services de réadaptation

Le RLISS du Sud-Est étudiera les dimensions du déficit apparent de services de réadaptation et élaborera des stratégies pour offrir plus de services.

Comparé aux autres régions de l'Ontario, le RLISS du Sud-Est semble éprouver un manque de services de réadaptation pour les patients hospitalisés. Cette situation pénalise les résidents de la région et nuit à la circulation des patients dans le système parce que ceux-ci doivent attendre dans les hôpitaux de soins actifs pour obtenir des services de réadaptation, ce qui réduit inévitablement le nombre de lits de soins actifs disponibles pour les soins urgents et non urgents. Le RLISS du Sud-Est étudiera les dimensions de ce déficit apparent de services ainsi que le type de services qu'il lui faudra offrir davantage. La résolution de ce problème devrait avoir pour effet de réduire le nombre de lits de soins actifs occupés par des patients ANS attendant d'avoir accès à des services de réadaptation pour patients hospitalisés.

La collectivité est également préoccupée par le fait que les services de réadaptation donnés en clinique externe et à domicile sont difficilement accessibles et dispendieux. Le RLISS étudiera ce problème et élaborera des plans visant à répondre aux préoccupations et aux besoins de la population du RLISS à cet égard, dans les limites du cadre de financement établies par le ministère de la Santé et des soins de longue durée. L'accès accru à des services de réadaptation à domicile et en clinique externe devrait améliorer l'état fonctionnel de la population et entraîner une réduction modeste de la demande de soins de longue durée.

7.1.6 Services de transport pour obtenir des soins

Le RLISS du Sud-Est élaborera des plans visant à améliorer l'accès aux services de transport pour soins médicaux.

Le RLISS du Sud-Est étudiera les problèmes entourant le transport aller-retour des patients qui veulent obtenir des soins non urgents, et élaborera des plans visant à :

- améliorer l'accès à des services de transport pour obtenir des soins
- améliorer la coordination du transport pour obtenir des soins
- accroître la quantité de services de transports pour obtenir des soins
- améliorer l'accès au transport des patients d'un établissement de soins de santé à l'autre
- réduire le coût des services de transport pour obtenir des soins.

Le RLISS étudiera et élaborera également des stratégies visant à résoudre le problème de l'obtention de transport adéquat pour le retour à la maison après un épisode de soins d'urgence, lorsque les patients n'ont pas leur propre transport ou que le moyen de transport n'est pas convenable.

7.2 Disponibilité des soins de longue durée

Le RLISS du Sud-Est élaborera un plan visant à réaligner les capacités actuelles de soins de longue durée pour mieux répondre aux besoins de la population.

Le RLISS du Sud-Est travaillera en collaboration avec les fournisseurs de services de santé pour déterminer l'utilisation et la disponibilité actuelles des différents types de soins de longue durée et pour élaborer des stratégies d'amélioration. Il travaillera également en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée afin de déterminer les besoins actuels et futurs de chaque type de soins de longue durée :

- soutien à domicile
- soins à domicile

- logement avec services de soutien
- foyers de soins de longue durée
- soins continus complexes.

Au besoin, le RLISS élaborera un plan visant à réaligner les capacités actuelles pour mieux répondre aux besoins de la population ou accroître les capacités d'un ou de plusieurs types de soins de longue durée, ou les deux. Ces initiatives viseront les objectifs suivants :

1. Réduire le nombre de personnes ayant besoin de soins de longue durée en établissement.
2. Réduire le temps qu'il faut aux personnes dans les hôpitaux de soins actifs pour obtenir des soins de longue durée.
3. Réduire les temps d'attente qu'il faut aux personnes dans la collectivité pour obtenir des soins de longue durée.

7.3 Intégration des services le long du continuum de soins

Le RLISS du Sud-Est travaillera en collaboration avec les fournisseurs de services pour identifier et adopter des modèles de pratiques exemplaires dans le but d'améliorer la circulation des patients le long du continuum de soins.

Le RLISS du Sud-Est travaillera en collaboration avec les organismes de services de santé afin de trouver des modèles de pratiques exemplaires en Ontario et en dehors de la province, et de les adopter dans le but d'éliminer les obstacles et d'améliorer la circulation des patients le long du continuum de soins. Ces initiatives permettront aux patients de passer plus facilement d'un fournisseur à l'autre à l'intérieur d'un secteur donné (p. ex., hôpitaux de soins actifs) mais dans des endroits différents, et d'un fournisseur à l'autre travaillant dans différents secteurs à l'intérieur d'une même région géographique ou dans des régions géographiques différentes. L'intégration des services revêtira une importance particulière pour les patients atteints de maladies chroniques qui ont des interactions suivies plutôt que ponctuelles avec de multiples éléments du système de santé plutôt qu'avec un seul.

7.4 Intégration de la cybersanté

Le RLISS du Sud-Est travaillera en collaboration avec les fournisseurs de services à l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie intégrée lui permettant d'acheter des technologies de cybersanté et de les répartir à l'intérieur du réseau. Ensuite, il aidera les fournisseurs de services de santé à mettre la stratégie de cybersanté en œuvre et surveillera leur rendement. Cette initiative a pour but d'améliorer l'échange de

l'information sur les patients[71] parmi les fournisseurs de services le long du continuum de soins, et de fournir des soins améliorés, plus sécuritaires et plus efficaces.

7.5 Plan régional de ressources humaines en santé

Le RLISS du Sud-Est élaborera un modèle qui lui permettra de déployer les ressources humaines en santé le plus efficacement possible dans les sous-régions de son territoire.

Le RLISS du Sud-Est entreprendra des activités visant à élaborer un modèle qui lui permettra de déployer les ressources humaines en santé le plus efficacement possible dans les diverses sous-régions de son territoire. Il dressera un inventaire des ressources humaines actuelles et élaborera des stratégies de recrutement de ressources supplémentaires et de déploiement de ces ressources pour que les soins soient fournis selon la meilleure formule possible.

Le plan régional de ressources humaines devra prévoir au début, et c'est là un aspect très important, l'élaboration d'une stratégie visant à rendre les services de santé primaires plus accessibles à la population.

La planification des ressources humaines en santé devra également viser à offrir plus de services de santé en français dans le RLISS du Sud-Est.

7.6 Participation des collectivités autochtones

Nous allons entamer des discussions avec les collectivités autochtones desservies par le RLISS afin de relever les problèmes et d'identifier les moyens permettant d'améliorer leur état de santé ainsi que les services de santé qui leur sont offerts.

7.7 Prestation de services de santé en français

Nous allons chercher à accroître la gamme des services de santé offerts en français.

En collaboration avec la collectivité francophone, nous allons élaborer un plan d'amélioration de l'accès à des services de santé en français dans le RLISS du Sud-Est. Nous allons encourager et appuyer les initiatives visant à attirer et maintenir des fournisseurs de services francophones et à faciliter l'accès aux services de santé en français. Ces

[71] Il est important de garder à l'esprit que la conception et la mise en œuvre des initiatives de cybersanté prévoyant le partage et l'échange d'information sur les patients parmi les fournisseurs de services devraient également comporter des mesures de protection de la confidentialité des renseignements sur les patients. Le bureau de la Commissaire de l'information et de la protection de la vie privée de l'Ontario a publié des directives (« Privacy Impact Assessment Guidelines for the Ontario Health Information Protection Act ») pour aider à réduire les risques posés à la protection de la vie privée lorsque de nouveaux procédés, de nouveaux systèmes et de nouvelles technologies sont mis en œuvre.

initiatives auront pour but de réduire les obstacles auxquels se heurtent les francophones de la région lorsqu'ils cherchent à obtenir des services de santé.

Annexes

A. Résultats des séances de participation communautaires et de consultation auprès des intervenants

B. Résultats de l'analyse quantitative de la santé de la population et de l'utilisation des services de santé